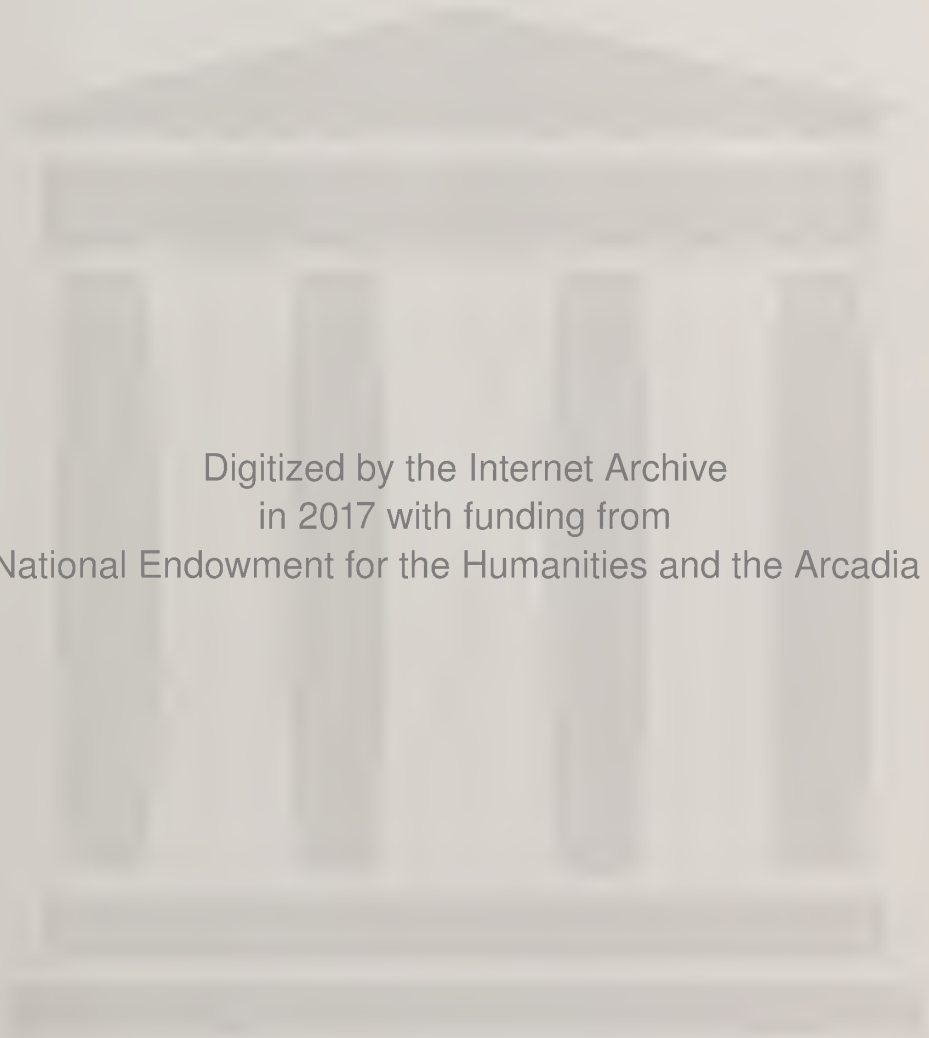


Harvard University
Library of
The Medical School
and
The School of Public Health





Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
The National Endowment for the Humanities and the Arcadia Fund

B O L E T I N
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

VOL. XXXII
ENERO - DICIEMBRE, 1940.

SAN JUAN
TIPOGRAFIA SAN JUAN
1940.

LISTA DE COLABORADORES AL VOLUMEN XXXII DEL BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

- ASENCIO, FERNANDO, Bayamón, P. R.
BALASQUIDE, L. A., Ponce, P. R.
CHAVES, JOSE, Santurce, P. R.
COLON, RAMON T., Mayagüez, P. R.
COSTA MANDRY, O., Santurce, P. R.
CURBELO, PABLO G., San Juan, P. R.
DESHON, RAFAEL, Philadelphia, Pa.
DIAZ ATILES, A., San Juan, P. R.
DOAN, H. W., San Juan, P. R.
DODGE, EVA, Montgomery, Alabama
DOMINGUEZ, CESAR, Humacao, P. R.
EMERSON KENDALL, New York, N. Y.
FERNANDEZ, LUIS J., San Juan, P. R.
FERNANDEZ, RICARDO F., San Juan, P. R.
FERRER, JOSE C., San Juan, P. R.
GARRIDO MORALES, E., Santurce, P. R.
GELPI, W. R., Ponce, P. R.
GODREAU, MIGUEL F., Fajardo, P. R.
GONZALEZ MARTINEZ, I., Santurce, P. R.
GUZMAN M., Mayagüez, P. R.
- JUAN, ABEL de, Santurce, P. R.
LEAHY, WILLIAM D., San Juan, P. R.
MARIANI, M. A., Santurce, P. R.
MARTINEZ RIVERA, E., Santurce, P. R.
MAYORAL, ANTONIO, New Orleans, La.
MORALES, LUIS M., Santurce, P. R.
MORALES OTERO, P., San Juan, P. R.
MUÑOZ MacCORMICK, C. E., Santurce, P. R.
NOYA BENITEZ, J., Santurce, P. R.
ORTIZ, ANTONIO, Santurce, P. R.
ORTIZ, JULIO B., Río Piedras, P. R.
PASSALACQUA, LUIS A., Ponce, P. R.
PONS, JUAN A., San Juan, P. R.
PUJADAS DIAZ, M., Santurce, P. R.
QUEVEDO BAEZ, M., Santurce, P. R.
QUINTERO, ERNESTO, Santurce, P. R.
REYES, FELIX M., Bayamón, P. R.
RODRIGUEZ MOLINA, R., San Juan, P. R.
SALAZAR, GUILLERMO, Ponce, P. R.
SERRA, AMERICO, Ponce, P. R.
SUAREZ, JENARO, Santurce, P. R.

16 FEB 1940

Año XXXII

ENERO, 1940

Número 1

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

ve. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



Página

Address Delivered by the Governor of Puerto Rico, Hon. William D. Leahy, at the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association	1
Inversión del útero post-partum, L. A. Balasquide, M. D., F.A.C.S., y William R. Gelpí, M. D., Ponce, P. R.....	3
Acute Mesenteric Lymphadenitis, J. Noya Benítez, M. D., Santurce, P. R.	8
Algunos datos interesantes sobre tuberculosis, Abel de Juan, M. D., Santurce, P. R.	12
Cuadro clínico de las infecciones de origen ótico obscure- cido por la sulfanilamida, M. A. Mariani, M. D., San Juan, P. R.	15
Informe del Presidente de la Asociación Médica de Puer- to Rico - Año 1939	16
Extracto del informe del Editor-en-Jefe del Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico - Año 1939	22
NOTAS EDITORIALES	
Dr. Oscar Costa Mandry	24
Carta del Dr. M. Quevedo Báez, fundador y primer presidente de nuestra Asociación, al Dr. Costa Mandry	26
Dr. Jesús María Armaiz	29
Noticias Médico-Sociales	31

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

DRENOBIL $\text{=O} \parallel \text{R=}$

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesias; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

PRODUCTO DE:

“ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS OHR”

SAN JUAN, P. R.

Distribuidor en Puerto Rico:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donnell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.

L A S A

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

F O R M U L A

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c.c.
Jarabe savia de pino	50 c.c.
Jarabe bálsamo tolú	60 c.c.
Glefinina	150 c.c.

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donnell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

3857

32

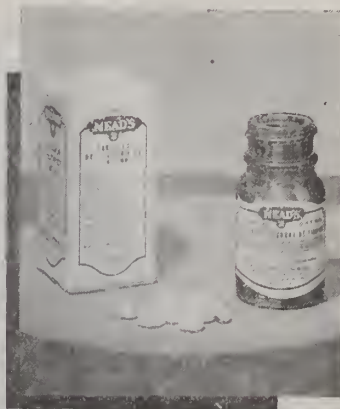
1940



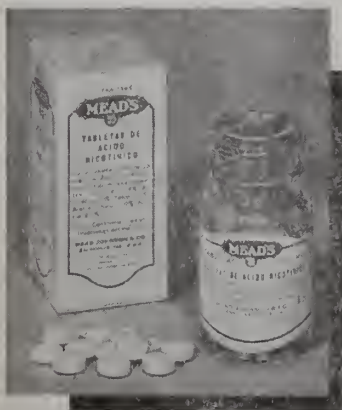
Tres NUEVOS PRODUCTOS Mead

Tabletas de Cloruro de Tiamina de Mead

★ *Vitamina B₁, el factor antineurítico.* Cada tableta contiene 0.67 mg. de cloruro de tiamina, equivalente a 200 Unidades Internacionales de vitamina B₁. Indicadas en la anorexia, desnutrición, desarrollo subóptimo, atonía intestinal y en polineuritis cuando se sospeche deficiencia de vitamina B₁; también en el embarazo y la lactancia para mantener las reservas; específico para el beriberi. Las Tabletas de Cloruro de Tiamina de Mead son perfectamente solubles, por lo que se prestan admirablemente para administrar a lactantes. Indispensables para los enfermos sometidos a dietas rígnoras y los que sufren de una deficiencia grave de vitamina B₁. Este producto puede emplearse en combinación con la Levadura de Cerveza de Mead que, además de vitamina B₁, contiene la B₂ y los otros factores del complejo vitamínico B.



Frascos de 50 y 250 tabletas



Frascos de 50 tabletas

Tabletas de Acido Nicotínico de Mead

★ *El factor antipelágroso.* Cada tableta contiene 20 mg. de la substancia activa. Las Tabletas de Acido Nicotínico de Mead son rápidamente eficaces en el tratamiento de la pelagra, y por manifestar a menudo los pelagrosos una variedad de deficiencias, pueden emplearse en combinación con la Levadura de Cerveza de Mead, que suministra vitamina B₁, así como también los otros factores del complejo vitamínico B, además de una cantidad moderada del factor antipelágroso.

Tabletas de Acido Cevitámico (Ascórbico) de Mead

★ *Vitamina C, el factor antiescorbútico.* Cada tableta contiene 25 mg. de vitamina C (500 Unidades Internacionales) equivalente a 50 c.c. de jugo de naranja. Las Tabletas de Acido Cevitámico de Mead pueden suplir satisfactoriamente a los jugos de frutas cuando éstos están contraindicados, como, por ejemplo, en los casos de alergia, úlceras gastro-intestinales, diabetes, etc. Resultan también de gran valor en los casos en que se debe restringir la alimentación como en niños prematuros. Indicadas también en los estados caracterizados por rápido agotamiento de vitamina C, tal como en las fiebres, hipermetabolismo, infecciones, etc. Las Tabletas de Acido Cevitámico de Mead se disuelven fácilmente en los líquidos y proporcionan un medio rápido y económico para suministrar la vitamina C.



Frascos de 50 y 250 tabletas

Al igual que los demás productos Mead, dichos productos no se anuncian al público ni llevan la dosis en los paquetes.

★ *No ofrecemos combinaciones de dichos productos por creer que le incumbe al médico especificarlos según sus indicaciones.*

Muestras y literatura a disposición exclusivamente de la profesión médica.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville, Ind., E.U.A.

APARTADO NO. 3081 — SAN JUAN, P. R.

Controla



**TEMPERATURA FEBRIL,
CONGESTIÓN E
INFLAMACIÓN**

EFECTOS antipiréticos y analgésicos definitivos y seguros pueden ser obtenidos sin el peligro de trastornos gástricos, con aplicaciones locales de la "super-cataplasma."

NUMOTIZINE

Numotizine produce el efecto total del emplastro de caolín—proporciona calor local y disipa la congestión. Además, debido a sus efectos sistemáticos cuando son absorbidos sus ingredientes medicinales guayacol y creosota, ayuda a mantener bajo control la temperatura febril.

Por sus efectos locales y sistemáticos, use Numotizine en casos de resfríos profundamente arraigados, gripe y otras afecciones de las vías respiratorias. Puede usarse con la camisa para pulmonía, y también para aliviar el dolor y la congestión en forúnculos, inflamación glandular y torceduras.

NUMOTIZINE, INC.

200 NO. FRANKLIN STREET

CHICAGO, ILL., E. U. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

CASTAGNET & CASTILLO CO.

TANCA NO. 1 — SAN JUAN, P. R.

**¡KLIM ES LECHE ECONÓMICA
—DEBIDO A QUE NO CAUSA DESPERDICIO!**



***La Leche que se Conserva
Siempre Fresca . . .
Y Retiene su Exquisito
Sabor Natural***

KLIM es la mejor leche de vaca, pulverizada y envasada mediante un procedimiento exclusivo que le permite conservarse fresca indefinidamente—sin necesidad de refrigeración.

En la elaboración de Klim sólo se elimina el agua de la mejor leche pura y fresca. Por eso es que Klim proporciona todo el valor nutritivo y el exquisito sabor natural de la mejor leche fresca.

Ordene usted una lata de Klim ahora mismo.



DISTRIBUIDORES:

PLAZA PROVISION COMPANY
SAN JUAN, PUERTO RICO.

**COLE'S
POSTA - COLE
EN LAS AFECCIONES GENITO-URINARIAS**

Posta-Cole ha probado ser de gran utilidad en el tratamiento de varias condiciones génito-uritarias, particularmente las asociadas con dolor y micción frecuente. Cada tableta contiene $\frac{1}{8}$ gr. de extracto de Hiosciam; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto Triticum; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto de equinácea; $\frac{1}{2}$ gr. de sulfato de cromo; y $\frac{1}{4}$ gr. de arbutina. Posta-Cole ejerce una acción diurética, narcótica y antiséptica sobre el tracto urinario. El Hiosciam contenido es un sedativo y antiespasmódico efectivo en el sistema urinario, evitando el espasmo de la vesícula y del cuello de la vejiga. Como resultado de esto, el malestar producido por los síntomas de urgencia, frecuencia y disuria es aliviado o evitado por completo.

Posta-Cole puede usarse favorablemente en el tratamiento de la gonorrea — en su estado crónico y sub-agudo— en la prostatitis y cistitis, también es de valor en las uretritis no específicas, así como también en la hipertrofia prostática.

COLE CHEMICAL CO.
ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donnell Núm. 12 — Apartado 1018 — San Juan, P. R.

NOW AVAILABLE

The famous "T 360"

BIOLOGICALLY STANDARDIZED POTENT AND STABLE

* Four years of patient chemical, biologic and clinical investigations have demonstrated the value of a stable preparation of histaminase—provisionally designated "T 360"—in the treatment of allergic conditions produced by an excess of histamine. This biologically standardized preparation is now presented under the name of Torantil. It exerts a specific detoxicating action upon histamine within the human body. For this reason Torantil constitutes a promising contribution to everyday medical practice.

FOR DISEASES OF ALLERGY

A favorable, sometimes dramatic, response has been observed in many cases of asthma, vasomotor rhinitis, urticaria, allergic dermatitis, and hypersensitivity to insulin, drugs, serum and physical agents (e.g., cold, heat, light and scratch). Striking results have also been reported in cases of acne. However, Torantil is not a panacea. Some disappointments may be experienced, particularly if the dosage is not individualized.

*Booklet discussing in detail the clinical application
of Torantil will be sent to physicians on request.*

HOW SUPPLIED: Torantil is supplied in tablets of 5 units, bottles of 50 tablets. One unit is the amount which will inactivate 1 mg. of histamine hydrochloride during incubation at 37.5° C for twenty-four hours.



Torantil



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC. New York, N. Y.

Samples and Literature on Request

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

CALLE COMERCIO 21. SAN JUAN, P. R.

Directiva, Consejo y Comités de la Asociación Médica de Puerto Rico Año 1940

Directiva

Dr. C. Costa Mandry	Presidente
Dr. Eduardo R. Pérez	Vice-Pres.
Dr. David E. García	Secretario
Dr. Miguel F. Godreau	Tesorero

Consejo

Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. R. Mejía Ruíz

COMITES

Científico

Dr. C. E. Muñoz MacCormick
Dr. R. Ruiz Nazario
Dra. Charis Gould
Dr. Ricardo F. Fernández
Dr. David E. García

Biblioteca

Dra. Dolores M. Piñero
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Mario C. Fernandez
Dr. José A. Sein
Dr. Federico Velázquez

Seguro Médico

Dr. J. H. Font
Dra. Dolores M. Piñero
Dr. J. Serra Chavarry
Dr. M. Soto Rivera
Dr. Elías Segarra

Junta Editora

Dr. E. Martínez Rivera
Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Enrique Koppisch
Dr. L. A. Balasquide

Hospitales

Dr. Ramón H. Señeriz
Dr. William R. Gelpí
Dr. R. Mugrage
Dr. F. Hernández Morales
Dr. Pablo Bonelli

Historia de la Medicina

Dr. M. Quevedo Báez
Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. J. L. Montalvo Guenard
Dr. Rafael Bernabe
Dr. E. Fernández García

Cáncer

Dr. I. González Martínez
Dr. José Landrón
Dr. G. Ruiz Cestero
Dr. Jorge del Toro
Dr. Enrique Koppisch

Medicina y Cirugía Industrial

Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Basilio Dávila
Dr. Néstor de Cardona
Dr. Manuel Astor
Dr. Américo Serra

Práctica de la Medicina

Dr. M. Rodríguez Ema
Dr. Héctor M. González
Dr. M. Espinosa Robledo
Dr. José Picó
Dr. José E. Dávila

Propaganda

Dr. Julio E. Colón
Dr. Miguel Zapata
Dr. Agustín Mújica
Dr. Guillermo Arbona
Dr. A. Pérez Toledo

Higiene Social

Dr. Ernesto Quintero
Dr. Pablo G. Curbelo
Dr. Luis R. Perea
Dr. Natalio Bayonet
Dr. Rafael A. Blanes

Contacto

Dr. César Domínguez
Dr. Arsenio Comas
Dr. R. Rodríguez Molina
Dr. Gregorio Igartúa
Dr. Agustín R. Laugier

Legislación

Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. F. E. Mundo
Dr. Arturo L. Carrión

Finanzas

Dr. Antonio Ortíz
Dr. Arsenio Vallejo
Dr. A. García Soltero
Dr. A. Ramos Oller
Dr. Jenaro Suárez

Salud Maternal

Dr. José B. Caso
Dr. José S. Belaval
Dra. Marta Robert
Dra. Dolores Méndez
Dr. J. S. Plá

Salud Pública y Beneficencia

Dr. José Chaves
Dr. Francisco A. Márquez
Dr. R. Berrios Berdecía
Dr. Juan Mimoso
Dr. J. Garrido Collazo

Cirugía

Dr. Luis A. Passalacqua
Dr. J. Noya Benítez
Dr. José J. Alonso
Dr. T. D. Slagle
Dr. Guillermo Barbosa

Medicina

Dr. J. A. Pons
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. M. Pavía Fernández
Dr. M. de la Pila Iglesias
Dr. Carlos Timothée

Reglamento

Dr. Héctor Bladuell
Dr. Blas Herrero
Dr. Walter A. Glines
Dr. L. Gaetán Roberts
Dr. Juan Sabater

Educación Médica

Dr. J. Noya Benítez
Dr. Jenaro Barreras
Dr. José N. Gándara
Dr. Ramón H. Señeriz
Dr. L. González Ramírez

Revisión de Anuncios

Dr. F. Morales Otero
Dr. J. Rodríguez Pastor
Dr. José Chaves

Medicina Forense

Dr. Luis M. Morales
Dr. Enrique Koppisch
Dr. José D. Jiménez
Dr. C. L. Massanet
Dr. A. Martínez Alvarez

Tuberculosis

Dr. J. Rodríguez Pastor
Dr. Jacob Smith
Dr. Guillermo Salazar
Dr. Miguel E. Sala
Dr. Jaime Pou Valdejulli

Anuncios y Reclamamos

Dr. Rafael Timothée
Dr. A. Navas Torres
Dr. R. Busó Carrasquillo
Dr. F. Sánchez Castañón
Dr. A. Otero López



DR. OSCAR COSTA MANDRY

Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico para el año 1940



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

ENERO, 1940

Número 1

ADDRESS DELIVERED BY THE GOVERNOR OF PUERTO RICO, HON. WILLIAM D. LEAHY, AT THE ANNUAL MEETING OF THE PUERTO RICO MEDICAL ASSOCIATION

Mr. Chairman, Members of the Medical Association,

Ladies and Gentlemen:

It is a privilege to be permitted to address the Medical Association of Puerto Rico on this exceedingly interesting opening program of its annual scientific meeting. It is pleasing to know that several members of this institution have made important contributions to medical science, notably in tropical diseases,— and that the Association as an entity has been an important factor in the civic life of our Island.

Medical societies throughout America have always demonstrated interest not only in medical problems, but also in those matters which concern the general welfare of their respective communities.

During the relatively short time I have been in Puerto Rico, I have learned of the serious economic, social, and public health problems with which it is confronted. The population of over 500 persons per square mile is dependent almost entirely on agriculture for its subsistence. There is a great amount of unemployment and a large proportion of the people have relatively low incomes.

A study of illness and medical care made during the year 1935 by Mountin, Pennell and Flook from the U. S. Public Health Service revealed that in a representative sample of nearly 6,000 Puerto Rican fami-

lies ninety percent reported incomes of less than \$500 while only four percent earned \$1,000 or more. Similar studies in the Continent, carried out by members of the staff of the same organization, revealed that only seven percent of Continental families had incomes of less than \$500 while 79% had incomes of \$1,000 or more. Overcrowded conditions and low incomes in Puerto Rico result in much illness and human suffering that must be given assistance by the Insular Government, with its limited resources. One of the most difficult problems of Medical science has been the preservation of life in the tropics. Certain endemic diseases caused by parasites such as hookworm and malaria have taxed the resources of the most ingenious medical minds, and only after centuries of research have the investigators provided us with reasonably satisfactory control measures for these endemic diseases.

Puerto Rico has made notable progress in the field of public health. Diseases susceptible to adequate control, such as smallpox, yellow fever and cholera have disappeared and not a single case of these dreaded diseases has been reported in the Island during the last thirty years.

In spite of its limited resources the Insular Health Department is carrying out an intensive program to reduce the incidence of tuberculosis, malaria, hookworm, and other diseases which are responsible

for considerable illness, especially among the underprivileged population. Federal funds which will become available from the Social Security Act in the near future will provide additional resources for the expansion of our health program.

Because of the low economic status of a large proportion of the inhabitants of our rural districts, approximately fifty percent of their houses have no sanitary facilities, and as a result there is considerable contamination of the soil with a consequent spread of hookworm disease. Upon recommendation of the Commissioner of Health I signed an application for a Works Progress Administration project for the construction of 25,000 sanitary privies for indigent families residing in rural districts. This project has been approved and the work which has already started will undoubtedly have considerable influence in the eradication of hookworm disease.

In any civilized community, medical care of indigent persons is a responsibility of the government. Several years ago President Roosevelt appointed an interdepartmental committee to study the health needs of the nation and among other things, this Committee, in its report, recommended that Federal and State Governments provide funds for adequate hospital and dispensary care for the underprivileged of the nation. Due to the efforts of the Commissioner of Health, Dr. Garrido Morales,

with the support of my predecessor, the Hon. Blanton Winship, and the Insular Legislature, Puerto Rico will in the near future, have adequate facilities for the proper diagnosis and adequate treatment of the indigent sick.

Much has been said recently about the importance of Puerto Rico in the military defense of the Western Hemisphere. This island is also ideally situated to bring together the cultures of North and South America. Not only its geographical location, but also its historical and cultural background, make Puerto Rico an ideal meeting place for the people of North and South America.

In the field of public health, Puerto Rico has already made important contributions to the ideal of a Pan-American culture. Our Health Department has given field training to many physicians, nurses, and other public personnel from Venezuela, Colombia, Costa Rica, Salvador and other Latin-American countries.

Let us hope that the ideal of that outstanding physician and former President of this Association, Dr. Bailey K. Ashford, of establishing in Puerto Rico a Pan-American University may some day be realized, not only for good of this Island, but for the common benefit of the citizens of our country and of our neighbors of the South American continent.

INVERSION DEL UTERO POST-PARTUM*

L. A. BALASQUIDE, M. D., F.A.C.S.**

Y

WILLIAM R. GELPI, M. D.**

. Ponce, P. R.

Pensamos, al escoger este tema para exponerlo a vuestra consideración, que la extrema rareza de esta complicación puerperal sería lo suficientemente interesante para sostener la atención de esta distinguida Asamblea, ya que muy poco o nada de nuevo podemos nosotros agregar a los estudios anteriores que se han publicado sobre esta materia.

Inversión, como muy bien lo implica el vocablo se refiere al cambio del útero de adentro hacia afuera y de arriba hacia abajo. Esta alteración de la forma y posición de la matriz ocurre casi siempre de una manera abrupta, pero puede también acontecer, aunque ocasionalmente, de una manera lenta y evolutiva. La inversión constituye el tipo más raro de malposición uterina y puede presentarse de una manera parcial o total. Esta complicación puede aparecer desde el cuarto mes del embarazo hasta quince días después del parto.

Incidence:

Existe gran disparidad de criterio en cuanto a la frecuencia de esta condición. Algunos autores (Kehrer) fijan la incidencia tan alta como uno en dos mil partos, mientras otros (Zangemeister) la ponen tan baja como uno en cuatrocientos mil partos. En una intensa revisión de la literatura efectuada por Phaneuf, el autor anota el hecho de su rareza al demostrar a través

de este estudio que esta complicación se encuentra en uno de cada ciento veinticinco mil partos. Thorn en 1911 publicó un interesante trabajo basado en un estudio minucioso de la literatura mundial referente a este tópico durante el transcurso de los veintidos años anteriores al 1911, encontrando solamente seiscientos cuarenta y un casos reportados durante todo este lapso de tiempo. En el año 1852 Forbes colectó treinta y seis casos y en el mismo año Sodem informó treinta y cinco casos. De acuerdo con Reusch existen reportados en la literatura médica durante el período que comprende veinticinco años anteriores al 1916, alrededor de seiscientos casos. Albans colectó siete casos de los records de cincuenta y dos mil partos y Brau no pudo observar ni un solo caso en doseientos cincuenta mil partos.

Antes de adentrarnos más en la discusión del tema es necesario para esclarecer los conceptos vertidos, definir de una manera clara los diferentes tipos de esta condición, tal y como aparecen en los anales literarios referentes a este interesante tópico obstétrico.

La clasificación clásica divide los casos de inversión en dos grandes tipos; en agudos, que comprende todos los casos que se presentan antes de las primeras veinticuatro horas después del parto y en crónicos, que incluye a aquellos que se presentan después de las primeras veinticuatro horas.

A la luz de la obstetricia moderna esta clasificación resulta ya inadecuada por carecer de ninguna o muy poca relación con

* Trabajo leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, celebrada durante los días 8, 9 y 10 de diciembre, 1939.

** De la facultad médica del Hospital Municipal Tri-cioche, Ponce, P. R.

la patología de esta condición y además por no ofrecer referencia alguna hacia la línea de tratamiento indicado en cada tipo de caso.

Nosotros hemos utilizado la más reciente y científica clasificación de Kellog, en la diferenciación de nuestros casos, porque creemos que ella lleva consigo una mejor comprensión de la patología envuelta en cada tipo. Kellog divide los casos en agudos, sub-agudos y crónicos, en consonancia no solamente con el tiempo que haya transcurrido después de la inversión, sino tomando en cuenta también la patología presente en cada caso. El llama agudos a todos aquellos casos observados con anterioridad a la formación de la contracción cervical, fenómeno que generalmente se establece durante el transcurso de las primeras cuarenta y ocho horas. Considera subagudos a todos los casos con contracción cervical bien establecida cuya duración sea menor de un mes y crónicos a aquellos que tienen más de un mes de duración.

Etiología:

La etiología de esta complicación no está aún establecida definitivamente. Un grupo grande y selecto de autores creen que el agente etiológico esencial es el trauma, ya sea éste ejercido en la ejecución de un crede violento o por medio de tracción en la cuerda umbilical. En relación con este asunto Huntington ha llegado al extremo de decir que la inversión puerperal debe considerarse siempre como una consecuencia de la atención inadecuada del tercer estadio del parto. Sin embargo si uno considera el gran número de parturientas atendidas por personas no preparadas y poco escrupulosas, no solo en el pasado sino también en el presente, y al mismo tiempo contrasta la extrema rareza de esta condición, tiene uno que llegar a la ineludible

conclusión de que el trauma y la inadecuada atención del tercer estadio no pueden ser los únicos agentes responsables de esta complicación.

Otro grupo grande y selecto de autores mantienen que el factor etiológico básico en la producción de la inversión consiste en el relajamiento uterino, en una condición anormal de la musculatura de la matriz. Al efecto Kutner ha proclamado que es duro creer en la inversión producida por presión desde arriba y tracción desde abajo si la matriz está bien contraída. Cramp-ton y Findley mantienen que la cuerda se rompería antes de que una matriz bien contraída se invirtiera por tracción.

Rokintansky ha afirmado que la inversión puede ser producida por contracción del fondo en casos de implantación fundica, si ésta está acompañada con relajamiento del segmento inferior de la matriz, pero Holmes y Thorn han reportado varios casos de placenta previa en que sucedió este accidente demostrando así que el sitio de implantación de la placenta no es un factor esencial en la producción de esta complicación.

Una matriz atónica puede ser invertida por una fuerza abrupta de los músculos abdominales al aumentar la presión intra-abdominal, tal como sucede al hacer la paciente esfuerzos para expulsar la placenta, al sentarse, en un acceso tnsigeno violento, al levantar las caderas para reponer ropas limpias, etc., y aunque nosotros creemos que existen, aunque muy raros, casos de inversión espontánea, sin duda en la mayoría de esos casos, así denominados, lo que sucede es que los factores etiológicos pre-disponentes son tan sutiles que pasan inadvertidos.

Mansfeld ha mencionado como causa pre-disponente una escasez general del tono, hipoadrenalemia, hiperprogestinemia y también ha sugerido como causa las metritis

crónicas productoras de fibrosis uterina.

Entre otros agentes pueden citarse acortamiento de la cuerda umbilical, presión ejercida por la presencia de fibromas submucosas, primigravidez, por su gran incidencia de implantación placentaria en el fondo y por el más grande vigor de la contracción uterina que caracteriza el trabajo de estas parturientas.

Mecanismo:

La descripción, generalmente aceptada, del proceso mecánico referente a la producción de la inversión es aquella informada y explicada por Murphy, Dudley y Ashton. Estos autores sostienen que la musculatura uterina que sirve de cuna a la placenta no se contrae mientras esta permanece adherida y que debido al peso de la placenta se forma en el fondo de la matriz una invaginación y que el resto de la matriz, no estando bien contraída aún, se contrae al hacer esfuerzos por intentar la expulsión, como si esta invaginación fuera un cuerpo extraño.

Los anteriores estudios bibliográficos sobre la incidencia demuestran de una manera inconcusa que esta condición es tan rara que cuanto caso sea observado merece el honor de un informe. Nosotros vamos a informar solamente tres casos, observados todos en el Hospital Municipal Tricoche: Dos de éstos casos son del tipo agudo, uno murió de shock inmediato sin dar tiempo ni siquiera para instituir tratamiento y el otro curó por reposición manual fácil tan pronto el estado de shock fué combatido. El tercer caso pertenece al tipo sub-agudo y ofrece como notable peculiaridad el uso de la terapia profunda con el objeto de producir una menopausa prematura y transitoria al aparecer el menstuo de una manera profusa, durante el transcurso del período preoperatorio,

INFORME DE LOS CASOS

Caso No. 1

Sra. J. W., trigueña, 35 años de edad, grávida III con historia tocológica anterior normal, fué admitida en nuestro servicio obstétrico del Hospital Tricoche a las 10:00 A. M. del día 7 de abril de 1932, aproximadamente un cuarto de hora después de su alumbramiento en su casa, por intensa hemorragia vaginal.

La paciente estaba en estado moderado de shock. Examen vaginal demostró una inversión aguda del útero sin desprendimiento de la placenta. El historial demostró evidencia inequívoca de tracción en el cordón umbilical por parte de la comadrona de asistencia.

Se instituyó tratamiento para combatir el estado de shock, (posición Trendelenburgh, Amp. adrenalina-1,000 cc. Suero glucosado 10% por venoclisis etc. . .) y tan pronto mejoró se hizo una reposición manual de la matriz, la cual afortunadamente resultó de fácil ejecución. Una vez repuesta la matriz, se extrajo la placenta y se dejó un packing vaselinado, ligeramente antiséptico en todo el trayecto vaginal por 24 horas.

Aparte de una ligera morbilidad durante los primeros días y las consiguientes molestias debidas a un estado de anemia profundo, la paciente tuvo una convalecencia plácida, rápida y tranquila, habiéndosele dado de alta a los quince días de su ingreso en el Hospital.

Caso No. 2

R. S., blanca, casada de 22 años de edad, fué admitida en el Hospital el 19 de marzo de 1938. Primípara. La paciente recibió cuidado pre-natal en la Unidad de Salud Pública. Ingresó en el Hospital Tricoche con dolores de expulsión, trasladán-

dosele inmediatamente a la sala de Partos, a las 8:25 de la noche, donde dió a luz a la media hora después.

Una vez que la paciente dió a luz y al hacer una contracción violenta de la pared abdominal expulsó la matriz invertida con la placenta adherida. La matriz según informa el interno en ningún momento se contrajo, habiéndosele aplicado masaje a través de la pared abdominal, mientras sangraba con la placenta retenida.

Inmediatamente después de la inversión se desarrolló una profusa hemorragia cayendo la paciente en un shock profundo y muriendo sin dar tiempo a recibir medicación alguna, media hora después de haber dado a luz. No fué posible hacer venoclisis para reponer fluido y los esfuerzos para controlar la hemorragia mediante compresas calientes fueron infructuosos. Habiéndoseme llamado urgentemente, a mi llegada, ya la paciente había fallecido, pero aún se mantenía adherida la placenta al fondo de la matriz.

Caso No. 3

F. M., blanca, casada de 21 años de edad, para II admitida a las cuatro y quince P. M. de Enero 21 de 1939, con inversión completa del útero sangrando aún e infectada, diez y siete días después de haber dado a luz en su casa con la asistencia de una comadrona, informando lo siguiente:

“Que después de haber alumbrado y haber transecurrido algún tiempo sin secundar, la comadrona tiró del cordón mientras presionaba las paredes del vientre, habiendo la paciente perdido el conocimiento”. Su marido informa “que permaneció en la casa diez y siete días sin haberla visto un médico, que perdió mucha sangre y que la daba por muerta. Que la comadrona le sacó la placenta y la cruzó. Que a los diez y siete días después de haber dado a luz

llamó a un médico quien le urgió para que la trajera al Hospital”. Al momento de la admisión el pulso era de 90, la temperatura de 38 y la respiración de 22. El aspecto general era pobre y presentaba una lividez muy marcada, pero su condición no era alarmante.

El examen vaginal nos reveló un útero invertido con la superficie de la mucosa infectada, ulcerada y sangrante. El útero estaba fuera de la vulva, de color rosado con una secreción serosanguinolenta abundante y con deposición purulenta hacia el periné. La orina negativa para albúmina y glucosa y el sedimento normal. R. B. C. 2,600,000, Hb.: 30%. Heces fecales: Tricocéfalos. Tratamiento: Extracto de Hígado Parentérico, Citrato Férrico Amoniacal y lubricantes intestinales y tratamientos locales antisépticos. Un mes después, Febrero 26, R. B. C.: 4,000,000 Hb.: 38%. Una semana después, Marzo 2, Examen vaginal; el aspecto general del útero había mejorado. No había ulceraciones y la matriz involucionaba y comenzaba a esconderse ascendiendo en la vulva, los intentos de reducción por la vía vaginal fueron infructuosos.

Estudiamos las posibilidades de practicar una operación vaginal preferiblemente la de Spinelli, pero no había facilidad de manipulación y debido al buen tono del periné y la imposibilidad de forzar el útero hacia abajo con motivo de la formación de un anillo de constricción en el cuello, desistimos prefiriendo mejorar aún el estado general de la paciente.

Dos meses después del ingreso, Marzo 19, la paciente sufrió una profusa hemorragia y al examinarla encontramos que sangraba por toda la superficie de la mucosa lo cual interpretamos como el establecimiento normal de su período. Esta hemorragia fué muy difícil de controlar. Tres días después los glóbulos rojos habían bajado a

2,500,000, la hemoglobina a 30%. Pedimos denantes para hacerle una transfusión y examinamos 37 sujetos no encontrando uno homólogo. Su sangre es del tipo 3 de Moss (Jansky Grupo 3). No nos atrevimos hacer una transfusión de cualesquiera otro tipo, lo cual está permitido, por temor a un resultado desfavorable y continuamos tratamiento médico, anti-anémico, etc. Ese mismo día celebramos una consulta con el Roentgen Terapeuta del Hospital Dr. Luis A. Yordán y acordamos provocar una menopausa artificial transitoria mediante radiación con Terapia Profunda de los ovarios llevando a la práctica el siguiente plan:

Usar cuatro portales con 200 R. cada uno, dos portales semanales con un total de 2,000 R.

En abril 25 ya la paciente se había atrasado un mes en su regla y tenía R. B. C. 4,000,000 y Hb.: 60%, Presión arterial: sistólica 115, Diastólica 80. Respiración 22, pulso 88, temperatura 36.5 y durante los últimos tres meses no hubo fiebre. El examen vaginal demostraba un anillo de constricción en el cuello muy recio, la matriz invertida que no sangraba, escondiéndose en tres cuartas partes en la vulva. Dos días después, en vista de que la paciente estaba deseosa de volver al hogar nos vimos impelidos a considerar definitivamente una intervención y decidimos hacer una histerectomía supra-púbica con anestesia raquídea intentando previamente después de haber penetrado en la cavidad abdominal dilatar el anillo de constricción del cuello para reducir la inversión mediante la técnica de Huntington y no tuvimos éxito porque el anillo no cedía y había adherencias en la superficie peritoneal

visceral del útero invertido. Procedimos a seccionar el anillo anteriormente y practicamos una histerectomía con salpingectomía doble previo consentimiento de la paciente quien tiene dos hijos vivos.

La paciente toleró bien la intervención y tuvo una convalecencia favorable dándosele de alta a petición a los nueve días después de operada. Hoy la paciente está perfectamente bien.

Debemos admitir que fué prematura la intervención después de la irradiación, pero no tuvimos dificultad alguna ni encontramos la congestión y tendencia a sangrar que citan los autores en los períodos post-irradiatorios. Preferimos la intervención supra-púbica en la esperanza de darle una oportunidad a la técnica de Huntington, por considerar que de fracasar ésta teníamos la alternativa de la histerectomía antes que hacer una operación de Spinelli con una incisión para-rectal de Schuchart's.

Conclusiones:

Hemos presentado estos tres casos de inversión del útero post-partum en los cuales uno murió súbitamente, en otro se logró una reposición manual fácil y en el último por primera vez en la historia de la medicina, de acuerdo con la correspondencia que nos hemos cruzado con las fuentes de información accesibles en los Estados Unidos, se ha utilizado la irradiación con Terapia Profunda para provocar una menopausa artificial transitoria en un caso de inversión del útero post-partum por haberse establecido el menstruo durante el período pre-operatorio.

ACUTE MESENTERIC LYMPHADENITIS*

J. NOYA BENITEZ, M. D.**

Santurce, P. R.

Acute Mesenteric Lymphadenitis may be defined as an acute inflammation of the mesenteric lymph nodes. The inflammation, as we have seen it, is always more marked in the nodes draining the ileo-cecal angle, and usually localized there.

The presence of enlarged mesenteric lymph nodes must have been noticed since laparotomies became common. Those who lived at the time or in communities where typhoid fever was frequently seen, must have observed acute inflammation of the ileal mesenteric lymph nodes, in those cases operated for perforated intestinal (typhoid) ulcers. I have never seen a case of this type. Tuberculosis of the mesenteric lymph nodes alone or associated with tuberculous enteritis or tuberculous peritonitis has been the subject of much study, especially in those cases presenting calcified mesenteric lymph nodes on X-ray films of the abdomen. Those cases are always chronic in nature, and represent the result of a drawn-out pathological process. Occasionally a case of acute tuberculous peritonitis (a more baffling, diagnostic problem than this I have never seen) presents a much more urgent, acutely ill patient. But here again the clinical picture, the history and the physical examination are different than those presented by cases of acute mesenteric lymphadenitis.

In our limited experience these cases have occurred in seven young boys and two girls —youngest 5 years, oldest

12— usually in fair or poor state of nutrition. There was a history of abdominal pain, more marked in the R. L. Q. with nausea and repeated vomiting, in all of them, and high fever and leucocytosis in most of them.

A history of precedent similar episodes of abdominal pain and vomiting was sometimes elicited, but in all, the present attack was much more severe. They were all operated within 12 hours of admission, and in all but one a gross pathological diagnosis of acute mesenteric lymphadenitis was made at laparotomy (the enlargement of the lymph nodes being a striking occurrence in those cases in which the gross appearance of the appendix led us to explore the proximal ileum and its mesentery for the possible presence of Meckel's diverticulitis, or of acute mesenteric lymphadenitis). In those cases (3) in which acute inflammation of the appendix was found, the microscopic pathological study confirmed the presence of acute mesenteric lymphadenitis in one.

Let us look at a short table summarizing all these findings in our series, in order to see how generalities apply to the individual case. (See table)

From the cases presented it becomes clear that there is a very strong similarity between acute appendicitis and acute mesenteric lymphadenitis, and that the two conditions may be present in the same patient. When we first met these cases it seemed to us that it was very important to differentiate between the two clinically, and we tried very hard to do it.

Arthur E. Brown of Australia in his

* Paper read during the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association, held on December the 8th, 9th and 10th, 1939.

** From the medical staff of the Mimiya Hospital, Santurce, P. R.

T A B L E

Hosp. No.	Initials	Age	Sex	C. C.	Blood Count	P. X.	Operation	Clinical Diagnosis	Final Pathological and Clinical Diagnosis
U. H. No. 1843	R. N. L.	5	F.	Pain in abdomen, Nausea, Vomiting, Fever (48 hrs.) 1 previous attack	11,600 wbc 84% P. M. N.	Sub - acutely ill, Resistant, tender abdomen	6-10-34 Appendectomy	Pre-Op.: Acute appendicitis Post. Op.: Acute Mesenteric Lymphadenitis	Normal appendix Acute Mesenteric Lymphadenitis
M. H. No. 5728	E. S. S.	10	M.	Pain in abdomen, Nausea, Vomiting, Fever (12 hrs.)	2,000 P. M. 19,400 wbc 91% P. M. N. 4,15 P. M. 19,450 wbc 90% P. M. N.	Acutely ill, Tenderness, abdominal and rectal, Resistance: right rectus	7-7-37 Appendectomy	Pre-Op.: Acute appendicitis Post. Op.: Acute Mesenteric Lymphadenitis	Normal appendix Acute Mesenteric Lymphadenitis
M. H. No. 5508	J. A. R.	12	M.	Same 12 hrs.	7,300 wbc 77% P. M. N.	Same as No. 1	10-6-37 Appendectomy	Pre-Op.: Acute Appendicitis Post. Op.: Acute Mesenteric Lymphadenitis	Normal appendix Acute Mesenteric Lymphadenitis
P. H. No. 37353	S. P. A.	9	M.	Same 16 hrs. 1 previous attack	19,200 wbc 90% P. M. N.	Acutely ill, Same as No. 2	7-3-38 Appendectomy	Pre-Op.: Acute appendicitis Post. Op.: Acute Mesenteric Lymphadenitis	Normal appendix Acute Mesenteric Lymphadenitis
M. H. No. 6219	W. L.	10	M.	Same 16 hrs.	19,500 wbc 86% P. M. N.	Same as No. 2	7-27-38 Appendectomy with drainage	Pre-Op.: Acute appendicitis Post. Op.: Acute appendicitis (after Path. Ex.)	Acute appendicitis (after Path. Ex.)
M. H. No. 6813	V. M. V.	5	M.	Same 18 hrs.	11,600 wbc 83% P. M. N.	Sub-acutely ill, Same as No. 1	7-2-39 Appendectomy	Pre-Op.: Acute appendicitis Post. Op.: Sub-acute appendicitis - Acute Mesenteric Lymphadenitis	Acute appendicitis Acute Mesenteric Lymphadenitis
M. H. No. 6948	M. P.	12	M.	Same 16 hrs.	17,300 wbc 82% P. M. N.	Acutely ill, Same as No. 2	9-25-39 Appendectomy	Pre-Op.: Acute appendicitis Post. Op.: Acute Mesenteric Lymphadenitis	Normal appendix Acute Mesenteric Lymphadenitis
P. H. No. 40906	N. H.	11	F.	Same 5 hrs.	18,800 wbc 87% P. M. N.	Acutely ill, Same as No. 2	10-1-39 Appendectomy	Pre-Op.: Acute appendicitis Post. Op.: Acute Mesenteric Lymphadenitis	Normal appendix Acute Mesenteric Lymphadenitis
M. H. No. 6982	C. C.	13	M.	Same 12 hrs. Cough, cold (3 days) 1 previous attack	15,600 wbc 90% P. M. N.	Acutely ill, Same as No. 2	10-16-39 Appendectomy	Pre-Op.: Acute appendicitis Post. Op.: Acute Mesenteric Lymphadenitis	Acute appendicitis Acute Mesenteric Lymphadenitis

article on Ileo-cecal Lymphadenitis in Children in the December 1937 number of "Surgery, Gynecology and Obstetrics" wrote: "More careful recording would have demonstrated tenderness at a definite point, differing from that at which tenderness of appendicitis is usually felt, and this is a point of decided importance in making diagnosis". And further on he added: "All of those in which rigidity was definitely present were of the acute type; and the absence of rigidity is a point in favor of the diagnosis of adenitis."

As to the point of maximum tenderness it is our impression that though it is usually found near the point of maximum tenderness in acute appendicitis i. e.: around McBurney's point, the tenderness in acute mesenteric lymphadenitis seems to extend upwards in the direction of the attachment of the mesentery, that is from one to two inches above and to the left of the umbilicus to one to two inches below and to the right of the umbilicus; there being more tenderness below than above.

All our cases were of the acute type, and thus we found muscular resistance, especially marked in the right rectus and R. L. Q., occasionally amounting to rigidity in some cases.

Allyn King Foster in the April number of the "Surgical Clinics of North America" gives the following as the somewhat characteristic data in cases of acute mesenteric lymphadenitis:

- "1. There is usually a history of acute upper respiratory infection within a week or two preceding the attack of abdominal pain.
2. There is often a history of abdominal upset which is not typical of the usual picture of acute appendicitis. The attack of acute mesenteric adenitis simulating acute ap-

pendicitis is often initiated by the onset of pain which appears suddenly, uniformly distributed throughout the lower abdomen. It is more apt to be steady, continuous and dull, than the colicky type observed commonly in acute appendicitis.

3. There is a variable age incidence: the disease is common in children and young adults who may be generally characterized as suffering from marked malnutrition, if they are not frankly the tuberculous type.
4. There is at times a generalized lymphadenopathy.
5. It is common to see objective evidence in the upper respiratory tract of chronic, subacute and sometimes acute inflammation (tonsillitis, laryngitis, submaxillary lymphadenitis, other cervical adenopathy, sinusitis, mastoiditis, etc., bronchitis, broncho-pneumonia, etc.
6. There are as a rule definite objective abdominal findings characterized usually by tenderness in the great majority of cases. This tenderness usually occurs at about the region of the umbilicus, extending into the right lower quadrant. There may be tenderness to either side of the umbilicus. With this tenderness, enlarged abdominal lymph nodes may be often palpated in both lower quadrants. Rebound tenderness, rigidity and spasm are variable, but when found do not necessarily mean that mesenteric lymphadenitis is not present. When present they may signify an accompanying acute appendicitis. Mesenteric lymphadenitis, however, cannot be forgotten and should al-

ways be remembered in the face of an atypical onset and course, different from which is believed to be the usual picture of acute appendicitis.

7. There are usually objective findings of constipation, a spastic sphincter ani and a hard stool can often be felt in the rectum; abdominally a doughy, filled descending colon can often be felt.
8. Ptoses are often observable: the carinated abdomen of malnutrition is common; the ptoses are often suspected by reason of the patient's build, occupation and protuberant abdomen, but are best diagnosed by X-ray after barium meal.
9. There is considerable distension not uncommonly, but it appears to be less frequently associated with spasm and rigidity than in the cases of acute appendicitis.
10. X-ray evidence of calcified mesenteric lymph nodes is obviously indicative of diseased mesenteric nodes, and may suggest a superimposed mesenteric adenitis.
11. There are the usual laboratory findings similar to what is found in acute appendicitis, except that the total white count may be somewhat lower. The relative polymuclosis may be identical with that in cases of acute appendicitis. It is important to note that many variations occur.
12. Variable evidence of the existence of more than one intra-abdominal disease or abnormality appears to favor the diagnosis of acute mesenteric lymphadenitis.
13. The symptoms, physical findings, and laboratory analyses in the severe cases of mesenteric lymphadenitis, are indistinguishable from those of acute appendicitis, and early generalized peritonitis.

denitis, are indistinguishable from those of acute appendicitis, and early generalized peritonitis.

I agree heartily and completely with the last statement of Allyn King Foster, Jr. and it applies entirely to our series of cases. Other factors brought out by Dr. Foster apply to the sub-acute or chronic cases, but not to the acute picture as presented by us tonight.

In fact, the total white count has been generally higher in our cases of acute mesenteric lymphadenitis than in those of acute appendicitis. There has also been a corresponding higher percentage of polymorphonuclear leucocytes.

The temperature in the majority of cases has also been higher than that found in the average case of acute appendicitis.

We try in every case to differentiate between one condition and the other, and before our last three cases we thought we had become pretty good at it. Besides all the facts presented above, we felt almost certain that there was something different in the appearance of a patient with acute mesenteric lymphadenitis, as compared with one acute appendicitis. Thus in the two cases previous to our last, the diagnosis of acute mesenteric lymphadenitis was made pre-operatively, and on being confirmed at operation, we began to wonder whether observation of these cases, instead of immediate operation would not be a wiser procedure. The excellent post-operative course of both, one stayed ten days in the hospital, because the family wanted to keep him there, the other left in the sixth post-operative day, and both have gained weight and strength since being operated, decided us to follow our plan of treating the cases by immediate appendectomy as heretofore. And thus when our last case presented itself, with a history of

cold and cough of three days duration followed by sudden onset of abdominal pain with nausea, vomiting, high fever and high leucocytosis, and also tenderness and muscle resistance in R. L. Q. (a past history of chronic anorexia with consequent malnutrition, frequent coughs and colds, and the history of a similar, milder episode a few months before) it became a problem, whether to decide on immediate operation, on the assumption that the patient might have an acute appendicitis, or of waiting for subsidence of his respiratory symptoms for operation. The patient was an old friend of mine (I had operated for acute appendicitis his sister a few months before) and he asked me to give him spinal anesthesia instead of ether or local. This took away most of my fears for respiratory complications and we proceeded with the operation under spinal.

The appendix was acutely inflamed, its lumen full of pus, its serosa covered with fibrino-purulent exudate. A few lymph

nodes on the meso-appendix and on the wall of the cecum were enlarged, edematous.

The appendix was removed and six days later he was home after an uneventful recovery. He has gained rapidly in weight and strength, and his appetite was reported as "voracious" by his mother on the last follow-up.

This last case and the preceding ones convinced us:

1. The differential diagnosis between acute appendicitis and acute mesenteric lymphadenitis is very difficult, indeed.

2. Acute appendicitis frequently occurs with acute mesenteric lymphadenitis.

3. Following appendectomy all the symptoms of acute mesenteric lymphadenitis subside and apparently there are no more attacks:

Therefore we conclude that: All cases of acute mesenteric lymphadenitis as all cases of acute appendicitis should be treated by immediate appendectomy.

ALGUNOS DATOS INTERESANTES SOBRE TUBERCULOSIS *

ABEL DE JUAN, M. D.

Santurce, P. R.

La tuberculosis, considerada en el mundo civilizado como una de las principales enfermedades contagiosas por su comienzo insidioso, naturaleza crónica y alta mortalidad, constituye en Puerto Rico el más urgente y sin duda alguna el mayor problema de la salud pública. Esta enfermedad ha existido en nuestra isla durante tantos años y su ocurrencia es tan frecuente que no es extraño que todos la conozcan, desde el más humilde campesino hasta el más ennoblecido señor. Lo que no conoce el vulgo, sin embargo, es que la tuberculosis ocupa en Puerto Rico el segundo lugar en importancia como causa de muerte cediendo el primer puesto entre las principales causas solamente a la diarrea y enteritis. Ella es responsable de más del 14 por ciento del total de defunciones registradas, lo que representa que por lo menos una de cada siete personas en Puerto Rico está destinada a morir víctima de esta terrible enfermedad.

Durante el último año natural (1938) de las 33,870 defunciones ocurridas en la isla, 4,954 fueron causadas por la tuberculosis con el agravante que la gran mayoría de estas víctimas procedían del grupo de edades entre los 15 y 44 años, precisamente a las edades más productivas de la vida del ser humano.

Creo también un hecho conocido por la mayor parte de los aquí presentes que probablemente el acontecimiento más saliente en la historia de la tuberculosis es la baja registrada en el coeficiente de mortalidad

por esta enfermedad en los Estados Unidos continentales durante los últimos cuarenta años. Pero quizás lo que no es conocido por muchos es que mientras la mortalidad por esta causa de muerte en Estados Unidos ha venido disminuyendo gradual pero constantemente año tras año, en Puerto Rico la alta mortalidad aumentaba o a lo más se mantenía estable con tendencias a subir hasta el año 1934 en que se nota un cambio favorable en el curso hasta entonces ascendente de esta curva, sin lugar a dudas, como resultado directo y ya tangible de la campaña tan activamente impulsada por el actual incumbente del Departamento de Sanidad con la ayuda y buena voluntad de todos ustedes.

Así vemos pues, que mientras el coeficiente de mortalidad por tuberculosis fué de 53 por cada 100,000 habitantes durante el año 1937 en los Estados Unidos, en Puerto Rico la cifra correspondiente alcanzó la cantidad de 287 por cada 100,000 habitantes. En otras palabras el problema de la tuberculosis en la actualidad es más de 5 veces mayor en Puerto Rico que en los Estados Unidos continentales, y mientras en este último la tuberculosis, del primer puesto ha descendido al séptimo lugar entre las causas principales de muerte, en Puerto Rico sigue ocupando el segundo lugar.

La forma de tuberculosis que predomina en Puerto Rico es la "Pulmonar". De un total de 4,954 defunciones registradas por tuberculosis durante el año 1938, 4,805 o sea el 97 por ciento fueron debidas a la forma pulmonar y solamente 149 o el remanente de 3 por ciento se debieron a otras formas de tuberculosis. Aparentemente, el

* Trabajo leído en el Instituto de Tuberculosis celebrado por el Departamento de Sanidad Insular, en la Unidad de Salud Pública de Río Piedras, del 23 al 26 de noviembre de 1939.

hábito de hervir la leche, y el sol que nos brinda con tanta abundancia nuestro clima tropical contribuyen grandemente a protegernos de las formas de tuberculosis ocasionadas por el tipo Bovino del bacilo que es el responsable de la mayor parte de las formas óseas, glandulares y articulares mientras que las condiciones de hacinamiento, pobreza extremada, ignorancia y nutrición defectuosa, factores que en nuestro Puerto Rico acompañan, como los cuatro jinetes del Apocalipsis, nuestro problema cada día más precario de sobre-población, favorecen la diseminación y trasmisión por contagio directo del tipo humano del bacilo responsable de la forma pulmonar de la tuberculosis.

Analizando la mortalidad por tuberculosis en Puerto Rico por edad, sexo, color y residencia, observamos que la tuberculosis puede atacar al ser humano en todas las edades pero produce sus mayores estragos en los adultos jóvenes y de edad media, o sea, entre los 15 y 44 años de edad y especialmente en el grupo de 25 a 34 años demostrando como una de sus más tristes características la tendencia a tronchar vidas en su plenitud cuando ésta es más interesante para el individuo y más productiva a la sociedad. En general la mortalidad es mayor entre las mujeres que entre los hombres por un margen de 17 por ciento excepto en los dos extremos —la tierna infancia y en el ocaso de la vida cuando es mayor entre los hombres. Asimismo se puede observar que es 30 por ciento más alta en la raza de color que en la blanca. El contraste mayor sin embargo aparece entre los habitantes de las zonas urbanas y rurales siendo sus víctimas casi dos veces más frecuentes en la zona urbana que en la rural. En resumen aparece ser un hecho positivo que la tuberculosis es una enfermedad mayormente de los centros de población donde existe más ha-

cinamiento, que el blanco ha alcanzado un grado más alto de resistencia a la enfermedad que el negro y que la maternidad y las condiciones innatas a la misma hacen a la mujer más susceptible a sus estragos que al hombre.

Al presente es aceptado universalmente que deben calcularse 6 casos activos por cada defunción por tuberculosis lo que indica que en Puerto Rico los enfermos de esta plaga blanca deben estimarse razonablemente en 30,000 más o menos. Entre las causas principales que contribuyen a la existencia de tan crecido número de casos y que hacen tanto más difícil el problema del control de la tuberculosis en Puerto Rico, podríamos sin temor a equivocarnos, señalar las siguientes:

1—Hacinamiento, ignorancia y pobreza extremada.

2—Constante emigración de los habitantes de la zona rural a los centros urbanos.

Estos factores no son otra cosa que el resultado directo de nuestra sobrepoblación unida a las pobres condiciones económicas existentes en nuestra isla, donde en un área de poco más de 3,000 millas cuadradas conviven al presente más de 1,800,000 personas dependiendo principalmente de la agricultura como la fuente de mayor ingreso.

La escasez de industrias, la ruina de las granjas de café y el bajo precio del tabaco y el azúcar, este último nuestro principal producto, hacen de Puerto Rico un país pobre. El desempleo, sobra de brazos y la escasez de alimentación complementos de esta situación, necesariamente se hacen sentir más agudamente en la zona rural que en la urbana resultando en la emigración pausada pero constante, día tras día de nuestros campesinos a los centros urbanos donde llegan sin recursos y sin preparación para la competencia por la vida, yendo a parar a las barriadas pobres donde

la tuberculosis, siempre fiel a sus designios de destruir vidas humanas, los espera en acecho como presas fáciles en su marcha, de destrucción y exterminio.

Para terminar diré que aunque siempre es aventurado predecir, la tendencia a declinar en la mortalidad de tuberculosis que se ha hecho aparente en estos últimos años me hace alentar halagadoras esperanzas para un futuro no muy lejano. La tuberculosis, como todas las enfermedades transmisibles, necesariamente tiene que depender de focos de infección para su diseminación. ¿No cabe pues esperar, que con la disminución de los casos avanzados existentes por defunción; con el aislamiento de un buen número de los casos bacilíferos en los Sanatorios y la constante transformación en los centros antituberculosos de casos ambulatorios abiertos a casos cerrados con esputos negativos resulte en la disminución de es-

tas potenciales fuentes de infección a un grado tal que las nuevas infecciones o casos nuevos se reduzcan a un mínimo razonable? Y si conseguimos disminuir constantemente las nuevas infecciones ¿no es justo esperar que siga la fase descendente de la curva de mortalidad por tuberculosis? Si esto se consigue, yo por mi parte estoy plenamente convencido que la tuberculosis en Puerto Rico, a pesar de todos nuestros problemas socio-económicos, llegará por fin a reducirse a una cifra insignificante en nuestras estadísticas, o por lo menos a colocarnos en un plano que nos permita compararnos favorablemente con nuestros hermanos en el resto de la Unión Americana, donde muchos célebres fisiólogos están pendientes del resultado de nuestra campaña anti-tuberculosa que en muchos de sus aspectos de control es nueva en el mundo entero.

CUADRO CLINICO DE LAS INFECCIONES DE ORIGEN OTICO OBSCURECIDO POR LA SULFANILAMIDA

M. A. MARIANI, M. D.

San Juan, P. R.

Cambios notables se han observado en el aspecto clínico de las infecciones otógenas desde que se introdujo la sulfanilamida en su tratamiento. Aun el pronóstico de gravísimas complicaciones se considera halagador. Hoy no consideramos la meningitis estreptocócica como inevitablemente una afección fatal.

La tendencia a depender exclusivamente de la quimioterapia sin tomar en consideración el aspecto patológico de la lesión puede llevarnos a consecuencias desastrosas.

Es un hecho incontrovertible que los mejores resultados obtenidos con esta droga se observan después de la eliminación del foco de infección existente. Maybaum comenta en la Revista "Archivos Otorinolaringológicos", de octubre 1939: "Mientras la sulfanilamida limpia humores infectados con el estreptococo, su acción es aparentemente menos efectiva sobre este mismo organismo en una lesión ósea. Hemos demostrado, sin lugar a dudas, que, a menos que adecuadas medidas quirúrgicas sean adoptadas, el único efecto de la sulfanilamida es un control parcial de la enfermedad y una tendencia a prolongar su curso."

La administración indiscriminatoria de la sulfanilamida, además de su peligro tóxico, frecuentemente obscurece el cuadro clínico y da por resultado un curso latente de la enfermedad. Formas latentes de mastoiditis y sus complicaciones sabemos que existen. No solamente obscurece la sulfa-

nilamida el cuadro clínico de las afecciones otológicas, principalmente el de la mastoiditis, sino que afecta la apariencia de las placas radiológicas. En una discusión en la Academia de Medicina de Nueva York, sección de Otorinolaringología, dice el Dr. Frederick Law, radiólogo reputado: "Una placa radiológica de una mastoiditis aguda demuestra opacidad, pero después de la administración de sulfanilamida aparece algo transluciente y se asemeja a un mastoide normal. "Termina diciendo el Dr. Law: "no se guíe por el informe de un radiólogo en un estudio del mastoide a menos que usted le haya indicado que al paciente se le ha administrado esta droga."

Qué queremos significar por obscurecimiento del cuadro clínico por la sulfanilamida?

El oído medio que ha estado drenando, cesará de drenar, el tímpano aparecerá engrosado, el dolor desaparecerá o disminuirá y entonces, si descontinuamos la administración de la droga pueden aparecer signos de mastoiditis o de una complicación intracraneal.

Cuando debemos administrar sulfanilamida en infecciones otógenas?

En casos de meningitis de origen otítico, trombosis del seno lateral después de la operación y si la usamos en las otitis agudas debemos observar cuidadosamente el cuadro clínico y el aspecto otoscópico del oído.

Ave Ponce de León 177

INFORME DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO Año 1939.

Estimados compañeros:

Cumpro con el deber, que a la vez es grata satisfacción, de rendiros cuenta, en forma breve, de las más destacadas actividades desplegadas durante el transcurso de este segundo año de nuestra incumbencia en la presidencia de nuestra querida Asociación.

Innecesario resulta repetir que nuestra labor ha sido posible, únicamente, gracias a la decidida cooperación que en todo momento hemos tenido de los demás compañeros de directiva, para quienes va en esta introducción nuestra sincera expresión de gratitud. Deseamos expresar también nuestro agradecimiento a todos aquellos compañeros, que sin formar parte de esta dirección, supieron hacernos más llevadera nuestra tarea mediante oportunos y sabios consejos.

Durante este segundo período de nuestra presidencia, realizamos mayor labor para los días en que estuvo reunida la Legislatura, ya que se habían presentado varios proyectos de interés para nuestra Asociación.

Este año tuvimos el privilegio de rendir informe al Honorable Gobernador, con relación a todos aquellos proyectos que afectaban en una u otra forma a nuestra profesión. Así pues, fueron revisados por nosotros los siguientes proyectos de ley:

- 1.—Proyecto de la Cámara No. 183, para conceder un solar a la Asociación Médica de Puerto Rico, y disponer la compra del edificio que actualmente ocupa en la cantidad de \$25,000.00.

Con relación a este proyecto rendimos a nuestro Gobernador un extenso informe exponiendo las razones que tenía nuestra Asociación para aspirar a construir un edificio más a tono con los adelantos modernos y situado en un sitio más céntrico.

Dicho proyecto convirtiéndose en Ley, y para que pueda conseguirse nuestro ideal de ver a nuestra Asociación situada en un ambiente, como al que es acreedor la clase médica, sólo se necesitaría realizar gestiones cerca del Auditor y el Tesorero Insular, para que dispongan los \$25,000 en que ha quedado valorado nuestro actual edificio.

Sin duda alguna, ello será fácil de conseguir tan pronto mejore la situación económica de la tesorería insular, y gustosos cooperaremos con nuestro sucesor, a fin de ver realizada la obra que nos cupo el honor de iniciar.

- 2.—Proyecto del Senado No. 61, para autorizar al Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico a admitir a examen al Dr. Leoncio T. Davis.

Este proyecto fué informado favorablemente por nosotros y el mismo fué aprobado por el Hon. Gobernador.

- 3.—Proyecto de la Cámara No. 461, para declarar nulo cualquier contrato o convenio para relevar de responsabilidad civil a médicos, hospitales, salas de maternidad o clínicas.

Este proyecto, sobre el cual rendimos un informe en la negativa, fué vedado por el Hon. Gobernador.

4.—Proyecto del Senado No. 463, para enmendar la sección 25 de la Ley No. 73, estableciendo el Tribunal Examinador de Médicos.

En relación con este proyecto, tuvimos el honor de rendir el siguiente informe:

"In reference to Senate Bill No. 463 amending Act 73 as approved on July 30, 1923 and amended on July 1st, 1924, I beg to inform you that this legislation is irregular, because we cannot amend a law that does not exist. On April 22, 1931 Act. No. 22 became a law, a law that repeals the one approved on July 30, 1923 and amended on July 1st, 1924."

Demás está decir que dicho proyecto no fué ni siquiera considerado por el Hon. Gobernador.

5.—Proyecto del Senado No. 305, para autorizar al Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico a dar exámenes de reválida a los médicos que hayan sacado sus primeros papeles.

Hemos dejado ex-profeso para último término el Proyecto del Senado No. 305, porque consideramos nuestro deber informar ampliamente a ustedes en torno a dicho proyecto, ya que su aprobación motivó el que se solicitara, por varios miembros de esta Cámara, la celebración de una sesión extraordinaria.

En primer lugar, debo llamar vuestra atención hacia el hecho de que en este proyecto se cometió el mismo error que se había cometido en el Proyecto del Senado No. 463, o sea, el de enmendar una ley que ya había dejado de existir, por haber sido revocada por otra aprobada posteriormente.

A los pocos días de haber rendido nues-

tro informe con relación al P. del S. No. 463, recibí un telegrama del Secretario del Gobernador, pidiéndome le enviara mi informe sobre el P. del S. No. 305. Lo llamé por teléfono y le informé que no había recibido dicho proyecto, y entonces, a toda prisa, se me envió un "carbon copie" del mismo; llamé a nuestro taquígrafo y le dicté el siguiente informe:

"In reference to Senate Bill No. 305 I beg to inform that I have no objection whatsoever to the approval of this act, if the following points, which do not fall within the scope of medicine, can be made clear by the Executive Secretary:

"The first question to be asked is if by obtaining first naturalization papers is meant that an alien will have to become an American citizen.

"I understand that it is necessary in order to become a citizen, after the intention has been declared, that an alien must reside in American territory five years and six months in a county; that the petitioner must speak English and must know the Constitution of the United States; possess mental educational requirements and be of high moral character, according to the naturalization laws. If these supplementary items are required once the declaration of intention has been made, I cannot see how by a simple declaration of intention an alien will have to abide to the discretion of a court as a mandatory action for his final obligatory citizenship. He may or he may not become a citizen, and if he may or may not become a citizen, then it is obvious that according to the present status of our act regulating the practice of medicine in Puerto Rico, by the approval of this new act then it would not be necessary to be a citizen of the United States in order to practice

medicine in our island.

"This amendment as presented will rule only to European and Asiatic aliens, because they are the ones that are included in the quotas, as approved by the Congressional Act of July 1st, 1929, for by this act aliens residing in Canada, Central or South America are not included in quotas. In other words, there are two types of aliens according to the law of immigration: quota aliens and nonquota aliens. I have brought this point out, because in quota aliens registration into the United States must be by substitution once the quota is full, and not until then an alien may receive permission to be considered as a resident. So, I must ask myself a second question: Can an alien be granted a license to practice medicine in an American possession or American territory without being granted a permission of residency. If this can be done, then we must consider whether or not a declaration of intention suffices, once the required period for residency is complied with, to permit the alien to take his oath of alliance.

"If both questions can be answered in the affirmative then I cannot offer any objections to have this amendment approved."

Quizás yo esté en un error o no lo esté. Si la finalidad de sacar los primeros papeles es la ciudadanía, y si esa persona está obligada al término de cinco años a hacerse ciudadano americano, yo no veo por qué, nosotros le vamos a impedir que tome los exámenes y a privarle de un derecho que él ha de adquirir. Eso, en caso de que estuviera obligado: que no lo está.

A los pocos días me llamó el Gobernador a Palacio, una tarde, y me encontreé que estaban Iriarte y Garrido con él. Iriarte lo estaba forzando para que firmara el pro-

yecto. Entonces el Gobernador me preguntó por qué yo me oponía a la firma de dicho proyecto, y le contesté que mi informe era bastante claro. Me dijo entonces, el Gobernador, que había un sinnúmero de estados de la Unión que exigían solamente los primeros papeles, y otros que no exigían nada, y que no veía por qué en Puerto Rico tenía que ser diferente. Entonces yo le dije que Puerto Rico no estaba obligado a hacer lo malo que hicieran otros estados. Iriarte tenía la ley en la mano y le pedí me la dejara ver. Era ésta la primera vez que cogía en mis manos un original de dicho proyecto; leí el título, e inmediatamente me di cuenta de que se había cometido el mismo error que en el otro proyecto. Entonces me callé; pensé que si decía algo—estando la legislatura en sesión especial—y en vista del interés que todos parecían tener en que dicho proyecto fuera firmado, me la podían incluir en un mensaje especial y enmendar el error que se había cometido. Le dije entonces al Gobernador, que firmara el proyecto, que yo no me oponía. El Gobernador se sorprendió, y me preguntó a qué se debía un cambio tan súbito; pero no le dije nada, y me reservé mis puntos de vista, aún para con mis amigos más íntimos, pues temía que pudiera correrse la voz de alarma.

El proyecto fué firmado, y a los pocos días recibí una solicitud para que citara a la Cámara a sesión extraordinaria, para que ésta tomase acción sobre el particular. Firmaban dicha solicitud 15 de los miembros de la Cámara.

Inmediatamente llamé al Dr. Suárez, y le expliqué lo que sabía, y que no había querido divulgar hasta aquel momento. Le dije también, que si él quería, yo citaba la reunión. Entonces me dijo que esperara no fuera a ser que se enteraran y enviaran la ley a la legislatura. Luego hablé con los doctores Belaval y Pavía, que también

firmaban la solicitud de sesión extraordinaria, les expliqué cuál había sido nuestra actitud con relación a dicho proyecto, y ambos estuvieron conformes en que no era necesario la reunión extraordinaria solicitada.

También me dirigí por carta a cada uno de los firmantes de la solicitud, enterándoles de la situación, y suplicándoles me informasen si deseaban que la reunión se llevara a cabo. No recibimos contestación de ninguno de los compañeros a quienes nos dirigimos, y por tal motivo no se celebró la sesión extraordinaria de este cuerpo.

Deseo hacer constar que si siquiera uno de los compañeros me hubiera expresado su deseo de que dicha reunión se celebrara, hubiera procedido inmediatamente a citar la misma, ya que no teníamos nada que ocultar.

He consultado con varios distinguidos abogados de la capital en cuanto a la validez de dicha ley, y todos me han expresado su opinión de que la misma es nula.

Colegiación de la clase médica:

Cuando se encontraba reunida nuestra Legislatura en su sesión ordinaria del presente año, vino a nuestra mente la idea de colegiar la clase médica, por creer que dicha medida sería de mucho provecho para nuestra profesión en general, y nos dirigimos a los presidentes de las Asociaciones de Distrito, suplicándoles nos dejaran saber el sentir de todos sus miembros en cuanto a este particular, antes de proceder a dar ningún paso oficial a tal respecto.

Recibimos varias contestaciones favorables, y otras en las cuales se solicitaba que sometiéramos el asunto a una asamblea de todos los médicos asociados.

Para la fecha en que recibimos dichas contestaciones ya resultaba un poco tarde para citar a una reunión, y teniendo otros

asuntos que tratar en la Legislatura, decidimos posponer todas nuestras gestiones en relación con esta medida.

Hemos querido hacer mención en este informe a nuestras gestiones en torno a este asunto, porque consideramos que el mismo es digno de que se le de la debida atención por los compañeros que nos sucedan, ya que su aprobación sería de gran provecho para la clase médica en general.

Asociaciones de Distrito:

Una de nuestras principales preocupaciones durante el año que termina fué la de conseguir que todas las Asociaciones de Distrito celebraran la elección de las nuevas directivas y delegados, y sus asambleas científicas.

A tal efecto, nos dirigimos por carta a todos los presidentes de las distintas asociaciones, urgiéndoles a que llevaran a efecto dichos actos; sin embargo, sólo cinco asociaciones de distrito celebraron elecciones, y tan sólo cuatro celebraron reuniones científicas.

Quiero aprovechar esta oportunidad para solicitar personalmente, de todos los presidentes de las distintas asociaciones de distrito, que presten una mayor cooperación a nuestro sucesor, a este respecto, ya que dichos actos contribuyen a levantar el entusiasmo de todos nuestros asociados.

Comités:

Este año pusimos especial cuidado en la selección de los compañeros que habrían de formar parte de los distintos comités de nuestra Asociación. Sin embargo, sólo tres de éstos han tenido oportunidad de realizar una labor verdaderamente beneficiosa; siendo éstos, la Junta Editora, que ha presidido nuestro querido amigo, el Dr. Martínez Rivera; el Comité Científico, bajo

la presidencia del luchador de todos los tiempos, nuestro querido amigo el Dr. Ramón M. Suárez; y el Comité encargado de revisar los anuncios de alimentos y drogas que hayan de ser transmitidos por la radio, que presidió este año el querido amigo, Dr. Morales Otero.

Asunto Dr. Marchany:

Con fecha 29 de mayo último recibimos aviso de que la Asamblea Municipal de Vega Baja, para dar paso a una maniobra política, intentaba rebajar el sueldo al Director de Beneficencia de dicha municipalidad, a la irrisoria cantidad de \$80.00 mensuales, y cuya plaza desempeñaba el Dr. Antonio Marchany.

Inmediatamente nos dirigimos al Presidente de la Asamblea Municipal de dicha población, y al Sr. Alcalde, suplicándoles que no hicieran tal rebaja, y haciéndoles ver el conflicto que traería a dicho municipio, una actuación de tal naturaleza. También nos dirigimos por carta al Dr. Arrillaga Torrens, suplicándole que nos prestara su cooperación, a fin de evitar que se cometiera un atropello con el Dr. Marchany, ya que teníamos entendido que la idea era obligar al Dr. Marchany a renunciar su cargo, para entonces nombrar en su lugar al Dr. Arrillaga Torrens. También entrevistamos en relación con este asunto al Sr. Lino Padrón, quien según se nos informara, estaba detrás de todo esto.

Mientras todo esto ocurría el Dr. Marchany se encontraba en los Estados Unidos.

No obstante las cartas a que hemos hecho mención anteriormente, a las cuales —dicho sea de paso—, no recibimos contestación alguna, la Asamblea aprobó un presupuesto en el cual la plaza de Director de Beneficencia aparecía con \$80.00 mensuales, y cuyo presupuesto fué rechazado por el Auditor Insular.

Más tarde, con fecha 1.º de julio, recibimos una carta del Dr. Marchany, en la que nos exponía su situación. Le contestamos informándole sobre nuestras gestiones, y nuevamente escribimos al Sr. Alcalde, esta vez en términos más enérgicos, expresándole nuestro propósito de luchar hasta lo último por conseguir que no se salieran con la suya.

Tal era nuestra actitud, tan sólo esperábamos que fuera aprobado nuevamente el presupuesto, para poner en movimiento toda nuestra maquinaria y demostrar a los gobiernos municipales de la isla que nuestra Asociación tiene suficiente fuerza para defender con éxito a sus asociados contra cualquier atropello que se intente perpetrar, cuando nos sorprendió la noticia de que nuestro compañero, el Dr. Marchany, había renunciado su puesto en Vega Baja para aceptar otro que le fuera ofrecido por el Dr. Carrasquillo en su clínica de Utuado.

Compañero fenecido:

Este año, cuando ya estábamos a punto de cerrar sin que hubiera ocurrido una sola baja por muerte en nuestra Asociación, registróse en esta capital, el inesperado fallecimiento de nuestro querido compañero, el Dr. Antonio Blanes, quien por muchos años formó parte de nuestra agrupación, a la cual prestó siempre su más decidida cooperación.

Deja, sin embargo, el querido amigo fenecido, para que lo sustituya en el sitio de honor que siempre ocupó en nuestras filas, a un hijo suyo, quien indudablemente seguirá las huellas de su ilustre padre.

Dediquemos un minuto de silencio a la memoria del querido amigo desaparecido, quien por su carácter afable y su trato cortés, supo hacerse acreedor al cariño y admiración de todos sus colegas.

Otras actividades:

A principios de año dirigimos un cable al presidente del Negociado de Seguridad Social de los Estados Unidos, urgiéndole la extensión a Puerto Rico de los títulos V y VI de la ley de Seguridad Social, extensión ésta que ha sido hecha, por el empeño que en ello puso nuestro activo Comisionado de Sanidad, y que indudablemente será de mucho provecho para todo el país en general.

Con motivo del Día de Higiene Social pro control y supresión de la Sífilis, y a solicitud del Director del Negociado de Enfermedades Venéreas del Departamento de Sanidad, nuestro amigo el Dr. Quintero, leímos por la radio un pequeño trabajo relacionado con dicho asunto.

En la Asamblea Anual de la Asociación de Enfermeras, celebrada en nuestro edificio a principios de año, y por invitación que nos fuera hecha, dimos lectura también a un pequeño discurso.

Asistimos, asimismo, al homenaje rendido por la Escuela de Medicina Tropical, a la memoria de nuestro nunca bien llorado, Dr. Bailey K. Ashford.

Durante todo este año hemos mantenido

las mismas buenas relaciones de franca cordialidad, que persistieron durante el año anterior entre esta Asociación y el Departamento de Sanidad Insular, el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, y otras instituciones afines.

Recomendaciones:

Respetuosamente hacemos a los compañeros que nos sucedan en la dirección de nuestra Asociación, las siguientes recomendaciones:

- 1.—Gestionar la completa realización de la Ley que dispone la construcción de un nuevo edificio para nuestra Asociación.
- 2.—Realizar gestiones tendientes a lograr la colegiación de nuestra profesión.
- 3.—Tratar por todos los medios posibles de celebrar actos científicos en todas las Asociaciones de Distrito, y que las elecciones de funcionarios sean celebradas con toda regularidad.

Muy respetuosamente,

JOSE C. FERRER, M. D.
Presidente.

EXTRACTO DEL INFORME DEL EDITOR-EN JEFE DEL BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO Año 1939

Sr. Presidente y miembros de la Cámara:

Toca a su fin el tercer año de tener a nuestro cargo, como Editor-en-Jefe y Administrador, el Boletín de nuestra Asociación.

A pesar de la experiencia adquirida los años pasados, nuestra labor no resultó más llevadera en esta ocasión, y siempre tuvimos que confrontarnos con el serio problema de la escasez de trabajos. Hemos podido, sin embargo, gracias a la cooperación que en todo momento nos ha brindado un grupo de asiduos colaboradores de nuestra revista, publicar a su debido tiempo los once primeros números del año, con un total de 418 páginas de lectura. Sólo nos queda por publicar, para completar el volumen XXXI, el número correspondiente al presente mes de diciembre, y cuyo material ya hemos entregado a la imprenta.

Es de notar, sin embargo, el hecho de que contando nuestra Asociación con 353 socios, todos ellos en ejercicio activo de la profesión, a la hora de tirar el Boletín no haya en nuestros archivos ni una sola contribución científica, y tenga el Director que acudir presuroso a varios compañeros, en solicitud de ayuda, a fin de poder dar cumplimiento a nuestros compromisos. Esto, queridos amigos, no se debe a falta de material; el material lo hay, pero, por desgracia para nuestra revista, se encuentra encerrado en las gavetas de los escritorios de nuestros compañeros. Para que se vea que no hacemos esta afirmación caprichosamente, bástenos con hacer mención al siguiente hecho: Hace poco se celebró una reunión científica en uno de los distritos de

la Isla, y a la cual no nos fué posible asistir por compromisos de familia. Sin embargo, dos días después de haberse celebrado dicho acto, enviamos una tarjeta a cada uno de los compañeros que habían presentado trabajos en dicha reunión, suplicándoles nos los enviaran para ser publicados en el próximo número de nuestro Boletín, y esta es la hora en que aún no hemos recibido contestación de ninguno de dichos amigos.

Para que nuestra revista pueda colocarse a la altura de otras publicaciones de igual índole; para que pueda llamarse "Órgano Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico", es preciso que todos nos dispongamos a brindarle nuestra más decidida cooperación: no es posible que su publicación descansa sobre los hombros de unos cuantos compañeros.

Este año, nuestro Boletín ha sido impreso en tres imprentas distintas. El número correspondiente a enero fué tirado en la Imprenta Baldrich, pero como ésta no podía sacárnoslo con la puntualidad que nosotros interesábamos, decidimos trasladarlo a la imprenta de Cantero Fernández, la que nos rindió un buen servicio hasta que se vió obligada a cerrar sus puertas por orden judicial. Entonces fué trasladado a la Tipografía San Juan, donde se ha venido imprimiendo hasta la fecha.

La publicación de nuestro Boletín ha sido posible a través de la cooperación que nos han brindado las siguientes casas comerciales, y a las cuales estamos profundamente agradecidos:

Proprietary Agencies, San Juan, P. R.
Mead Johnson & Company, Evansville,

Ind.

Eli Lilly & Company, Indianapolis, Ind.
The Denver Chemical Company, New York, N. Y.

Cole Chemical Company, St. Louis, Mo.

John F. Murray Advt. Agency, New York, N. Y.

Gotham Advt. Company, New York, N. Y.

Enrique Vélez Posada, San Juan, P. R.
Export Advt. Agency, Chicago, Ill.

Erwin, Wasey & Co., Chicago, Ill.

Sandoz Chemical Works, New York, N. Y.

Recomendaciones:

En primer término, queremos recomendar a la Cámara de Delegados y a la Junta Directiva, no que se le dé al Editor-en-Jefe, la facultad de nombrar a los compañeros que hayan de colaborar con él en la edición de nuestra revista, pero que por lo menos se le dé la oportunidad de recomendar a la Junta Directiva el nombramiento de gente que él considere puedan prestarle una labor efectiva.

Sin que ello pueda interpretarse como una crítica hacia los compañeros que en la actualidad forman parte de la Junta Editora, podemos decir que el cambio hecho en dicha Junta al extenderse los nuevos nombramientos a principios de año, no resultó de provecho alguno, ya que no hemos tenido el honor de que ninguno de los compañeros nombrados coopere con nosotros.

Es nuestra opinión, que para estos cargos debe nombrarse gente que estén verdaderamente interesados en el asunto, y que estén dispuestos a colaborar con el Editor-en-Jefe en la edición del Boletín.

Otro asunto que deseamos recomendar, es el relacionado con las revistas que se obtienen por cange con el Boletín. Es nuestra opinión que la Junta Editora debe ser autorizada a encuadernar, a su debido tiempo, todas las revistas y publicaciones que se reciben por tal concepto. De ningún provecho resulta el que recibamos un crecido número de publicaciones, si una vez que termina el año, esas revistas se cogen y se amontonan en algún sitio de la biblioteca, por no estar autorizada su encuadernación.

Sabemos de casos de compañeros que han querido buscar algunos datos en revistas de hace uno o dos años, y no han podido obtenerlos, por estar éstas traspapeladas.

Creemos también oportuno recomendar, que el Boletín tenga un empleado exclusivo.

Antes de terminar estas notas, queremos reiterar nuestro agradecimiento a todos los distinguidos colegas que con su eficaz y oportuna colaboración hicieron posible la realización de nuestra labor, así como al Sr. Presidente y demás miembros de la actual directiva, que nos dispensaron el honor de elegirnos para ocupar este cargo.

E. MARTINEZ RIVERA, M. D.
Editor-en-Jefe del Boletín de la
Asociación Médica de Puerto Rico.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII ENERO, 1940 Número 1

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

NOTAS EDITORIALES

DR. OSCAR COSTA MANDRY

Nuestra brillante juventud médica sigue enarbolando su bandera de triunfos, como queda plenamente demostrado con la elección a la presidencia de la Asociación Médica de Puerto Rico de nuestro fraterno amigo y compañero, el Dr. Oscar Costa Mandry.

Difícil se nos hace hablar como quisiéramos hacerlo, de un compañero que más que amigo es un hermano; pero por grande que sea nuestro sentido de modestia, mayor es el de responsabilidad y el de justicia.

Es obvio hablar de los méritos del Dr. Costa Mandry, porque es tan conocida su personalidad, que apenas si es necesario esbozar algunos de los datos más importantes en su luminosa carrera, que lo lleva en los albores de la madurez de su vida a ser uno de nuestros presidentes más jóvenes, a la par que uno de nuestros médicos más brillantes y dinámicos.

Nació el Dr. Costa Mandry en Yabucoa el 17 de septiembre de 1898, siendo sus pa-

dres don Ramón Costa y doña Emilia Mandry; cursó sus primeros estudios en las escuelas de Patillas, trasladándose más tarde a San Juan, donde obtuvo su diploma de octavo grado en la Central Grammar School; ingresó en la Alta Escuela de Santurce, y al concluir sus estudios, brillantemente, en dicho centro, se trasladó a Estados Unidos; estudió su preparatoria de medicina en el Mount Vernon College, de Baltimore, y se matriculó en la Escuela de Medicina de la Universidad de Maryland, de la que se graduó con altos honores en el 1921 obteniendo el promedio más alto de la clase, por lo que le fué otorgada la medalla de oro de ese año, después de obtener resonantes triunfos durante toda su carrera, y dejando allí una estela luminosa, que fué presagio del porvenir risueño y diáfano que le esperaba en la práctica del noble apostolado.

Hizo su internado durante dos años en el Mercy Hospital, de Baltimore, y más tarde en el Hospital Presbiteriano de San Juan. Ingresó en el Departamento de Sanidad como bacteriólogo y más tarde desempeñó igual puesto en la Escuela de Medicina Tropical, pasando de allí a ocupar el puesto de Director del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, cargo que ha desempeñado siempre con el beneplácito de cuantos comisionados le han reiterado su confianza en tan importante puesto, porque Costa es un prestigio y una lumbrera reconocida, no sólo por los de aquí, sino por cuantas autoridades en la materia han tenido la oportunidad de compe-

En nuestra Asociación, en la cual ingresó desde su llegada a Puerto Rico, el Dr. Costa Mandry ha sido uno de sus más positivos valores, y ha dado a nuestra Asociación toda su energía, su entusiasmo y su dinamismo, que es inmensurable. Por eso vemos que nuestros compañeros, compe-

netrados de sus méritos, y haciendo justicia a su personalidad, lo llevan a la secretaría de la Asociación Médica del Distrito de San Juan en el año 1927, a la presidencia de la misma en el año 1930, a la secretaría de la Asociación Médica de Puerto Rico en el 1931, haciéndolo al mismo tiempo Director de nuestro Boletín; desempeña cargos en numerosos comités de nuestra Asociación, siendo, entre otros, presidente del Comité Científico; escala la vice-presidencia de la Asociación en el año 1938, y hoy, con el beneplácito de todos, llega a nuestra presidencia, la que estamos seguros ha de prestigiar, como ha prestigiado todos los cargos que se le han encomendado.

Hacer una relación de las distintas asociaciones y actividades con que está conectado el Dr. Costa Mandry sería prolijo. Baste con mencionar que aparte de ser miembro de nuestra Asociación es fellow de la Asociación Médica Americana, fellow del American Public Health Association, fellow de la American Society of Clinical Pathologists, fellow del American College of Physicians, y miembro de la American Society of Bacteriologists, American Society of Tropical Medicine, American Association for the Advancement of Science, Pan American Medical Association, New York Academy of Sciences, National Tuberculosis Association y Asociación General Antituberculosa de Puerto Rico, etc.

El trabajo científico realizado por el Dr. Costa Mandry es de todos bien conocido y de un valor positivo, que le ha hecho acreedor a la reputación científica de que goza dentro y fuera de Puerto Rico, y que lo ha llevado a ser uno de nuestros médicos mejores conocidos en Puerto Rico y en el extranjero, donde ha levantado muy alto la bandera de la clase médica puertorriqueña.

Sin que tratemos de hacer alardes de profeta, pero porque conocemos íntimamente al querido compañero y sabemos cuáles son sus planes, sus deseos y sus sueños para nuestra Asociación, nos atrevemos a hacer un vaticinio, y es el de que su paso por la presidencia de nuestra Asociación ha de dejar la misma estela de luz y la misma cadena de triunfos que siempre ha dejado su paso por todos los lugares y todos los puestos que él ha desempeñado.

Al ofrecer al querido compañero nuestra humilde pero sincera cooperación en la difícil pero honrosa tarea que le hemos impuesto, más bien que felicitarlo a él por el reconocimiento de sus méritos y la prueba de confianza de que se le hace depositario, felicitamos a nuestra Asociación por el acierto que ha tenido al exaltar a nuestra presidencia a un compañero como el Dr. Costa Mandry. Y que los laureles del triunfo coronen siempre su frente, como lo han hecho en el pasado.

E. M. R.

CARTA DEL DR. M. QUEVEDO BAEZ, FUNDADOR Y PRIMER PRESIDENTE DE NUESTRA ASOCIACION AL DR. COSTA MANDRY

Mi querido amigo Dr. Costa Mandry: No pudiendo asistir al banquete de esta noche y contrariado realmente, por ello, aunque creas afectada tu modestia; quiero hacerte la súplica de que confíes a un compañero y amigo la lectura de la carta, que expresamente te escribo, no para halagarte, pues no necesitas tú de ello, sino para dar satisfacción a mi espíritu y cumplir un deber que creo inexcusable.

Te lo suplica y te lo agradecerá tu compañero y amigo,

(fdo.) *Dr. M. Quevedo Báez.*

San Juan, Pto. Rico, Debre. 10/1939.

Dr. Oscar Costa Mandry,
Presidente electo de la
Asociación Médica de
Puerto Rico,
San Juan, P. R.

Mi distinguido compañero y amigo:

Yo debía estar, en la noche de hoy en ese banquete, si, a mi gran pesar no estuviera impedido de ello, por hallarme bajo los efectos de una invasión grippal.

Pero, si no, en persona, cumpliendo un gran deber, para con nuestra "Asociación" y, para contigo, cree, que lo estoy, en espíritu.

Mi pensamiento y mi corazón están allí, transmitiendo, en ondas, de gran entusiasmo y de afecto, ondas de mi propia alma.

Estuve, hondamente interesado, en que el sufragio de nuestros colegas y amigos, en la elección de ayer, te exaltara a ese puesto de honor al que te llevan, no sólo las simpatías, sino, las conquistas de tu claro y fecundo entendimiento, y todo cuanto de amor, de verdaderos entusiasmos diste a nuestra Asociación.

Sin que sea ufana inmodestia quiero proclamar y decirlo con toda la sinceridad necesaria, que soy yo, quien, desde mi atalaya de observador, ya, en el retiro de remanso, a que vengo obligado, puede juzgar de cuanta actividad meritoria has desplegado, en bien de nuestro progreso médico.

Yo, que, en reclamo de *Historia de la "Medicina y Cirugía"* de Puerto Rico, vengo haciendo obra de esgarbo, en nuestro material médico; estoy, más que autorizado, para asignar auge de extraordinaria, a la labor que has realizado, durante la fecunda y gloriosa vida de nuestra "*Asociación Médica*."

Es así, que llegas a ese puesto de honor, no por asalto de audacia o de favoritismo. Alcanzas meta tan gloriosa, como merecida, a través de incansables y perseverantes afares, y, poniendo aquello grande, que es, siempre imprescindible, en toda obra humana: no lo real y positivo, desnudo y escueto del esfuerzo material, sino el óleo de amor que ella requiere, para que sea sana y fecunda.

A mi entender, habría sido imperdonable injusticia, que, con el abono en créditos tantos, tan legítimamente conquistados, la ingratitud te hubiese relegado al olvido en momentos tan especiales y críticos, por los que pasa nuestra Asociación.

Especiales y críticos, digo, porque ella en quiebros lamentables, de solidaridad, necesita, en la vía esplendorosa de su ciencia, en que, tan gallardamente, avanza, cohesión espiritual firme y bien sentida, de todos, para que, nada pequeño ni mezquino, le estorbe, en su camino.

El Presidente de la "*Asociación Médica*" debe ser, en todo tiempo, un conciudadano de alto plano científico y moral, en

la profesión.

Digo moral, en su sentido exquisitamente amplio: que se de perfecta cuenta de la misión a llenar, en contacto íntimo de relaciones de afecto, con todo el personal médico que nutre nuestra Asociación.

Debe ser un hombre de dinamismos espontáneos, diligente y activo, en todos los momentos que los intereses de la profesión lo reclamen. Hombre de impulsos nobles y generosos; no de impulsos ágiles o acaso indeseables y no tampoco rutinario, en el actuar, transmitiendo inercia o inacción, a sus actividades médicas. Hombre lleno, en vigor, de entusiasmos, hoy, mañana y después; que considere, que su puesto no es de mero lucimiento, sino de acción y de esfuerzo y también, de sacrificio. "*La Asociación Médica*" es una institución portorriqueña, cuyos prestigios de honor, tan bien conquistados, se suman a los prestigios de nuestro país, y deber nuestro es, mantenerla, a todo trance, en esa línea de prestigio.

Crec, que, de acuerdo, con el que fué pensamiento fundamental y primero de la Asociación al constituirse, nuestras miras de hoy y del futuro, deben encaminarse a hacer los mayores avances, en el terreno científico; pero, también, a establecer verdaderos vínculos de fraternidad, de forma tal, que nunca, tengan acceso, en nuestro hogar médico, la rencilla o la discordia, la desconfianza ni un interés bastardo, que, con tendencias ajenas a los credos de la *Asociación Médica*, lleve, a su seno, agrios disturbios de grupo o de colectividad, que la desvíen de sus naturales cauces.

Hay mucho que hacer, en ese sentido y no será tarde nunca, para que ello, con el cariño y devoción que tu tienes y has demostrado por la Asociación, se realice.

En lo alto y avanzado de todo el camino recorrido, hay que detenerse, a impulsos de un noble recuerdo, a conmemorar los nombres gloriosos de todos los Presidentes, hasta ahora, habidos sin que tenga yo la ufa-

nía o la inmodestia de incluirme. Reconozco que quizá, instrumento de la historia siempre en acción, en los derroteros humanos, no hice más que cumplir un designio; crear ésto, que para mi orgullo y el de todos vive hoy vida tan esplendorosa. Y nada más, que no fueran mi gran amor y el modesto tributo que la mente mía, pudo poner a su servicio.

La pléyade de los ilustres compañeros que ocuparon ese puesto de honor es bien grande. Unos, apagados están, entre las sombras frías y oscuras de la muerte; otros, aún viven y permanecen dando su valiosa cooperación a nuestra clase.

Deber mío es, tener, para aquellos que fatal e inexorablemente se rindieron a las leyes de la muerte, un santo y venerable recuerdo: una afirmación sincera, espiritual, de que no los cubre nuestra ingratitud ni nuestro olvido.

Y para los que aún conviven, sentimientos de la más fervorosa devoción y confraternidad.

Habría sido, doblemente doloroso para mí, ya que no puedo asistir al banquete de esta noche, restarme la satisfacción de hacer lo único que me es dable: escribirte esta carta, poniendo mi corazón, en ella, para que sus líneas, den cuenta a tí y a todos los queridos compañeros allí reunidos, de la satisfacción y franco regocijo, que tu exaltación al puesto de Presidente de nuestra Asociación, me ha producido.

De algún modo quiero participar de la alegría y júbilo que ello nos ha producido; siquiera sea, en alas de lo que esta carta te lleva.

¡Que tu nominación sea para una continuidad de positivos progresos médicos de todo orden!

Y permítame, a través de estos renglones, poner la efusión de un bien sincero abrazo.

Afectísimo compañero y amigo

(fdo.) Dr. M. Quevedo Báez



DR. JESÚS MARÍA ARMAIZ

Distinguido compañero fallecido en esta capital el día 23 de diciembre de 1939

DR. JESUS MARIA ARMAIZ

En la madrugada del 23 de diciembre ppdo. falleció el estimado compañero, que durante largos años fué nuestro cordial amigo, Dr. Jesús María Armaiz. Nos arrebató la muerte, con su desaparición, un hombre que se distinguió en muchas esferas de actividades, pues siempre daba todo su entusiasmo y sus energías a las causas a que se asociaba.

De carácter jovial y ameno, le veíamos siempre multiplicándose para atender a cuantos acudían a él para solicitar sus servicios profesionales, o llamando a las puertas del amigo, del correligionario, del hermano masón, o simplemente, del compatriota que siempre estaba presto a servir a la medida de sus fuerzas a cuantos de él lo solicitaban.

Nació el Dr. Jesús María Armaiz en la ciudad de Manatí, el 25 de diciembre de 1887, o sea casi exactamente 52 años antes del día de su desaparición. Era hijo de don Pedro Armaiz Vargas y doña Trinidad Algarín Rivera. Cursó sus primeros estudios en las escuelas de Manatí, y luego se trasladó a Estados Unidos, ingresando en la "Friend's Academy" de Moorestown, N. J., de donde se graduó en el 1907, y de la cual pasó al Hahnemann Medical College and Hospital, de Filadelfia, graduándose de Doctor en Medicina en el año 1911. Para esta fecha regresó a nuestra isla, y en el 1912 trabajó como Oficial de Sanidad en el pueblo de Maricao, de donde pasó a desempeñar igual cargo en el pueblo de Toa Baja. En el 1913 renunció su puesto de Oficial de Sanidad para aceptar el de médico de beneficencia del mismo pueblo de Toa Baja, y en el 1914 se trasladó nuevamente a los Estados Unidos, donde cursó estudios avanzados en la Lincoln-Jefferson University, de Chicago. A su regreso

a Puerto Rico pasó a ocupar el cargo de médico de beneficencia de Vega Baja, desempeñando dicho puesto hasta el año 1932, y siendo además el cirujano del hospital de dicha población desde el 1920 hasta el 1932.

En nuestra Asociación, en la cual ingresó desde su llegada a Puerto Rico, desempeñó numerosos cargos, habiendo sido delegado por el distrito de Arecibo desde el año 1920 hasta el 1931, y secretario de la Asociación de dicho distrito del 1928 al 1932. Formó parte del Comité de Beneficencia de la Asociación desde el 1924, y presidió el mismo desde el 1927 hasta el 1932. También perteneció a otros comités de nuestra Asociación.

En la vida pública también se destacó el distinguido compañero fenecido desde su ingreso en la política insular. Fué miembro de la Junta Central del Partido Unión de Puerto Rico, y más tarde del Partido Liberal, hasta la fecha de su muerte. Desempeñó el cargo de Alcalde de Vega Baja, interinamente, en el año 1927, y en el 1932 fué electo alcalde en propiedad de dicho municipio, puesto que desempeñó hasta el año 1936, y desde cuya fecha se dedicó a la práctica privada de su profesión.

El querido amigo fenecido publicó diversos trabajos de carácter científico, entre los cuales sobresalen los siguientes: "Cuidados del niño e instrucciones para antes y después del parto"; "Brote en Vega Baja de poliomiелitis anterior aguda"; "Obstrucción intestinal aguda causada por anomalía anatómica"; "Del uso del dióxido de carbono en afecciones de la piel"; "Un caso de pancreatitis aguda con complicación de coleditiasis"; "Un caso extraordinario de cálculo urinario."

Fué además, el Dr. Armaiz, presidente de la Junta Escolar de Toa Baja; miembro

de la Junta Escolar de Vega Baja; de la Junta de Reclutas de Vega Baja y de Vega Alta, como médico re-examinador, durante la Gran Guerra Mundial; Segundo Teniente de la Guardia Nacional en Vega Baja durante los años 1917 y 1918; miembro de la Cruz Roja en Vega Baja del 1928 al 1931 y presidente de la Asociación de Padres y Maestros de dicho pueblo del 1926 al 1928; fellow de la Asociación Médica América; miembro de la Unión Médica Latina, y miembro de nuestra Asocia-

ción, a la que siempre dió todo su cariño y entusiasmo, y la que hoy sinceramente llora la inesperada desaparición de tan ferviente luchador.

Para su distinguida esposa, doña Guillermina García de Armaiz, así como para sus hijos y demás deudos, va la expresión más profunda y sincera de condolencia, al unirnos de todo corazón, a la pena que hoy lloran.

E. M. R.



NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

REUNIONES DEL MES

Para conocimiento de nuestros lectores, y bajo el anterior epígrafe, nos proponemos dar a conocer mensualmente, una relación de las reuniones celebradas por los distintos organismos de nuestra Asociación.

Durante el presente mes se han llevado a cabo las siguientes reuniones:

Enero 4 — Toma de Posesión de la nueva directiva.

Asistentes: Dr. José C. Ferrer
Dr. José Chaves
Dr. Antonio Ortiz
Dr. O. Costa Mandry
Dr. David E. García
Dr. Miguel F. Godreau
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. R. Mejía Ruíz

Enero 9 — Reunión de representantes de la Asociación Médica de Puerto Rico, Asociación Dental de Puerto Rico, y Capítulo de Puerto Rico del Club de Pensilvania, para organizar el programa científico que tendrá lugar el día 31 de enero y 1.º de febrero.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
Dr. David E. García
Dr. C. Muñoz MacCormick
Dr. R. Ruíz Nazario
Dra. Charis Gould
Dr. Ricardo Fernández
Dr. J. H. Font
Dr. Julio E. Colón
Dr. Ramón H. Señeriz
Dr. José Vicente
Dr. Jaime Bagué
Dr. Muñoz Baralt
Dr. M. Pastrana
Dr. Pedro Morell
Dr. Juan Font Suárez

Enero 12 — Reunión del Comité encargado de organizar el Banquete con que habrán de ser obsequiados los distinguidos visitantes del Norte en la noche del 1.º de febrero próximo.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
Dr. Jaime Bagué
Dr. David E. García
Dr. Ricardo Fernández
Dr. Pedro Morell
Dr. Muñoz Baralt
Sr. José Belaval, Jr.

Enero 23 — Reunión de los presidentes de los comités para tratar asuntos de interés general para la Asociación.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
Dr. David E. García
Dr. J. Rodríguez Pastor
Dr. Ramón J. Señeriz
Dra. Dolores M. Piñero
Dr. José Chaves
Dr. Julio E. Colón
Dr. Antonio Ortiz
Dr. I. González Martínez
Dr. M. Rodríguez Ema
Dr. Héctor Bladuell
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Ricardo Fernández
Dr. J. Noya Benítez

Ilustres visitantes:

Se proponen visitar nuestra Isla los siguientes distinguidos hombres de ciencia del continente:

Dr. G. Morris Piersol, Profesor de Medicina de la Universidad de Pensilvania.
Dr. Robert H. Ivy, Profesor de Cirugía Maxilofacial de la Escuela de Medicina y la Escuela Dental de la Universidad de Pensilvania.
Dr. Damon B. Pfeiffer, Cirujano-en-Jefe

de los hospitales Lankenau y Abington Memorial, Profesor Asociado de Cirugía de la Universidad de Pensilvania.

Dr. John Eiman, Patólogo del Abington Memorial Hospital.

Dr. Wilbur H. Haines, Profesor Asociado de Urología de la Universidad de Pensilvania.

Dr. Rafael Deshon, Cirujano Dental-en-Jefe del Abington Memorial Hospital.

Dr. Frederick A. Bothe, del Staff de cirujanos del Hospital Presbiteriano de Filadelfia.

Nuestro saludo más cordial para tan distinguidos visitantes y nuestro deseo más sincero de que disfruten de una agradable estadía en Puerto Rico.

Sesión Científica:

Aprovechando la presencia en Puerto Rico de los ilustres visitantes arriba mencionados, la Asociación Médica de Puerto Rico, la Asociación Dental de Puerto Rico y el Capítulo de Puerto Rico del Club de Pensilvania, habrán de celebrar conjuntamente, una sesión científica durante los días 31 de enero y 1.º de febrero próximo, y para cuyo acto ha sido confeccionado el siguiente programa:

MIERCOLES ENERO 31

HOSPITAL DE DISTRITO DE
BAYAMON

9:00 A.M. a 1:00 P.M.

Dr. Damon B. Pfeiffer

Asistido por el Dr. Frederick A. Bothe

Clinica Quirúrgica:

Carcinoma del estómago

Úlceras gástricas y duodenales

Casos de vesícula biliar

A la 1:30 de la tarde será servido un lunch por cortesía del Comisionado de Sanidad y la Facultad Médica del Departamento Insular de Sanidad.

MIERCOLES

ENERO 31

EDIFICIO DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

8:00 P.M.

Programa Científico:

"*Diagnosis and Treatment of Carcinoma of the Recto-Sigmoid*", por el Dr. Damon B. Pfeiffer.

"*Surgery of the Face and Jaws*", por el Dr. Robert H. Ivy.

"*Coronary Artery Diseases*", por el Dr. G. Morris Piersol.

"*Steps in the Development of Arterial Disease*", por el Dr. John Eiman.

"*Urological Pitfalls in General Practice*", por el Dr. Wilbur H. Haines.

"*Diseminación temporera de bacterias en la corriente de sangre después de la extracción de dientes*", por el Dr. Rafael Deshon.

JUEVES

FEBRERO 1.º

EDIFICIO DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

9:00 A.M.

Dr. Robert H. Ivy

Clinica:

1.—"Cleft Palate"

2.—Fracturas de las mandíbulas

Quistes

Infecciones, etc.

3.—Deformidades de la cara

HOSPITAL PRESBITERIANO

9:00 A.M.

Dr. Damon B. Pfeiffer

Asistido por el Dr. Frederick A. Bothe

Clinica quirúrgica

ESCUELA DE MEDICINA TROPICAL

2:00 P.M.

Dr. G. Morris Piersol

Clinica

1.—Casos de disfunción renal — cualquier tipo o tipos (En colaboración

con el Dr. John Eiman)

2—Casos de hipertensión

3—Casos cardíacos en general, pero casos de sífilis cardio-vascular en particular.

Dr. John Eiman

“Steps in the Development of Renal Calculae.”

Dr. Frederick A. Bothe

“Surgical Problems in Diabetes”.

Un banquete formal en honor a estos distinguidos visitantes y sus esposas se llevará a efecto el jueves 1.º de febrero a las ocho de la noche, en el Hotel Condado, bajo los auspicios de la Asociación Médica de Puerto Rico, la Asociación Dental de Puerto Rico y el Capítulo de Puerto Rico del Club de Pensilvania.

Dr. A. Díaz Atilés:

Se encuentra en franca convalecencia de la enfermedad que le obligara a recluirse en cama en el Hospital Presbiteriano, el querido colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Nos alegramos sinceramente del curso favorable que tomara la dolencia que aquejaba al querido amigo, y confiamos en que pronto pueda reanudar sus labores, completamente restablecido.

Dr. R. López Nussa:

Se halla en los Estados Unidos, donde fué sometido con éxito a una delicada intervención quirúrgica, nuestro estimado colega el Dr. Rafael López Nussa.

Deseamos al amigo López Nussa una feliz y rápida convalecencia para que a su regreso a Puerto Rico hayan desaparecido todos los síntomas que le obligaron a alejarse de nuestras playas.

*Dres. A. Martínez Alvarez y
Josefina Villafañe de Martínez:*

Después de una breve temporada de asueto por el continente, regresaron a nuestra

isla en fecha reciente estos distinguidos colegas.

Reciban los esposos Martínez Alvarez-Villafañe, nuestro cordial saludo.

Dr. Blas Herrero:

Tras una ausencia de aproximadamente tres meses, regresó a nuestra isla, el lunes 15 del cursante mes, en compañía de su distinguida esposa, el querido amigo Dr. Blas Herrero.

Un cordial saludo para el amigo Herrero y su gentil esposa.

Dr. José A. Seín:

El día 18 del cursante mes embarcó hacia el Norte, en viaje de placer y estudios el Dr. José A. Seín, miembro de la facultad médica del Hospital San José de esta capital.

Deseamos al amigo Seín una grata estadía en los Estados Unidos y un lisonjero éxito en sus estudios.

Dr. Rafael Rivera Aulet:

Aquejado de pertinaz dolencia se ha visto obligado a recluirse en una clínica de esta capital, el querido amigo Dr. Rafael Rivera Aulet, de la ciudad de Arecibo.

Hacemos votos por el más pronto y total restablecimiento del estimado colega.

Dr. Thomas H. D. Griffiths:

Ha sido designado Oficial Jefe del Servicio de Cuarentena para Puerto Rico e Islas Vírgenes, el compañero cuyo nombre encabeza estas líneas.

El Dr. Griffiths actuará asimismo, como Consultor en todas las actividades a desarrollar por el Servicio de Salud Pública Federal en relación con el Departamento Insular de Sanidad, en la extensión de la ley de Seguridad Social a Puerto Rico.

Deseamos a este distinguido colega un éxito completo en sus actividades.

Dr. James Watts:

Este joven investigador, miembro del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, se encuentra en Puerto Rico en estudios sobre la causa de la diarrea y enteritis en Puerto Rico, que llevan a cabo el Departamento de Salud Pública Federal y el Departamento Insular de Sanidad.

El Dr. Watts trabaja en el Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, y estará en Puerto Rico dos meses más o menos.

Deseamos al Dr. Watts un lisonjero éxito en sus investigaciones y una grata permanencia en nuestra isla.

Dr. Ricardo F. Fernández:

Ha sido admitido como fellow de la Academia Americana de Oftalmología y Otorinolaringología el estimado colega cuyo nombre encabeza estas líneas, miembro del Staff

médico del Instituto Oftálmico de Puerto Rico.

El Dr. Fernández ha recibido asimismo, licencia para ejercer en el Estado de Nueva York.

Reciba el querido amigo nuestra más efusiva felicitación por estas dos merecidas distinciones de que ha sido objeto.

Dr. José S. Arrache:

Listo ya para entrar en prensa este número de nuestro Boletín, llega a nosotros la triste noticia de la muerte del querido compañero, Dr. José S. Arrache. No disponiendo del tiempo necesario para poder hacer en este número una reseña como a la que es acreedor el querido amigo fenecido, hemos decidido dejar la misma para el próximo mes.

Deseamos aprovechar esta breve nota para expresar a todos los familiares del querido amigo fenecido nuestra más sentida condolencia.

DR. MANUEL DIAZ GARCIA

Cuando nos disponíamos a dar a la luz esta edición de nuestro Boletín, nos llega otra dolorosa noticia, la del fatal desenlace que desde hace algún tiempo temíamos: la desaparición del querido compañero y fraterno amigo, Dr. Manuel Díaz García, ex-presidente de nuestra Asociación, y cuya muerte, acaecida en la tarde del 26 del cursante mes, nos llena a todos de una profunda congoja.

Careciendo, como carecemos, del tiempo material para poder dedicar siquiera un pensamiento adecuado a la memoria de tan estimado amigo, nos limitamos a dar escuetamente la triste noticia, que pone un crepón de luto en nuestra casa y en este Boletín, que tantas veces prestigió con su plu-

ma, y en nuestro corazón un dolor profundo y sincero. En nuestra próxima edición nos ocuparemos, como merece la memoria del amigo desaparecido, de —aun en contra de lo que siempre fueron sus deseos, de que nada se dijese sobre sus méritos— hacer un poco de justicia sobre la labor del amigo, del compañero y del cirujano, que ahora la muerte nos arrebató.

No es necesario decir que nos unimos en esta hora de dolor a su viuda, sus hermanas y demás familiares, porque la pena que a ellos embarga en estos momentos, es la misma pena que sentimos nosotros, para quien el Dr. Díaz García fué algo más que un amigo y un compañero.



- En todas partes del globo -

No solamente en los países de la Zona Templada y de la Zona Tórrida sino también en las regiones del Círculo Ártico, la Antiphlogistine la conocen y prescriben regularmente los miembros de la Profesión Médica.

El antídoto de la Inflamación

Solicite muestra y literatura

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

163 Varick Street Nueva York, E. U. A.

LUIS GARRATON & HNO., S. EN C.

P. O. Box 1541 San Juan

Para la GONORREA

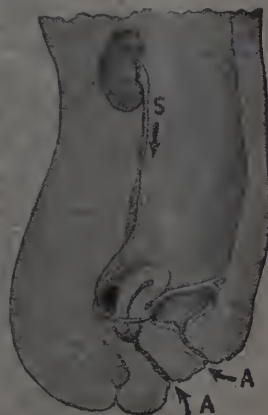
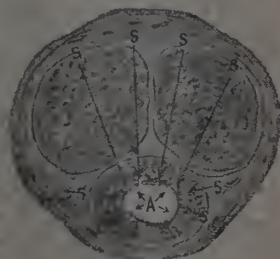
ARGYROL

La aplicación local más el tratamiento sistemático es importante.

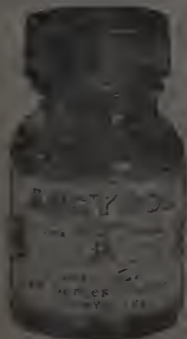
EN EL HOMBRE — El Argyrol puede usarse para atacar organismos en forma de tiras o pedazos adheridos a la superficie uteral mucosa. El Sulfanilamide torna antibacterícos a los tejidos alrededor. El tratamiento combinado, ilustrado esquemáticamente en esta sección del útero, ha demostrado ser muy eficaz.

EN LA MUJER — La cerviz uterina y otros puntos en que puede colectarse la bacteria no están en el área que el sulfanilamide rinde antibacteríco. La aplicación tópica de Argyrol, más el uso sistemático del Sulfanilamide, asegura la bacteriostasis más eficaz en la región genito-urinaría.

Se ha observado que los mejores resultados se obtienen cuando se emplea un tratamiento combinado, es decir, el uso sistemático de sulfanilamide más la aplicación local de *Argyrol*. Al explicar ésto, Ballenger* et al establecen la teoría de que sulfanilamide en la sangre puede que no llegue a alcanzar organismos adheridos a superficies mucosas, o en tiras y en el pus. Argyrol aplicado en el lugar de la infección efectúa la bacteriostasis y aparentemente estimula la resistencia de los tejidos.



Para obtener estos excelentes resultados terapéuticos, es importante especificar el genuino Argyrol de Barnes. La subdivisión coloïdal de Argyrol es más fina, su movimiento Browniano es más activo, su pH y pA9 son regulados cuidadosamente. Especificar siempre Argyrol genuino de Barnes.



Para seguridad... especifique siempre Argyrol

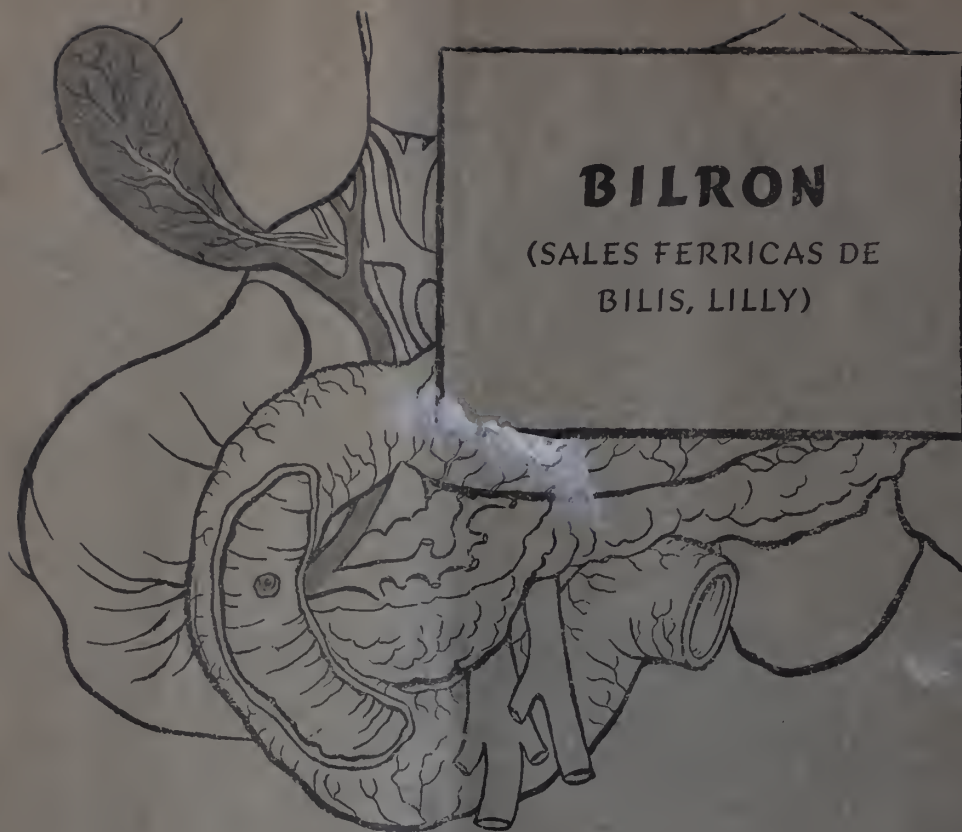
A. C. BARNES COMPANY, INC.

New Brunswick, N. J., E. U. A.

Por 38 años, únicos fabricantes de Argyrol y Ovoferrin
Argyrol es una marca registrada, propiedad de

A. C. BARNES CO., INC.

*Ballenger E. C.; Elder, O. F.; McDonald, H. P.; Coleman, R. C.;
So. Surg. ou, VII, 3, PP. 204-219.



SIENDO insolubles en el estómago y sin causar irritación, las sales férricas de bilis se digieren en la porción superior del intestino, donde el componente activo toma parte en la digestión. El 'Bilron' (Sales Férricas de Bilis, Lilly) es ideal para la terapia por

substitución en insuficiencias biliares y aumenta la producción de bilis endógena por acción directa sobre las células del hígado. • 'Bilrón' se presenta por conducto de las farmacias y droguerías en envases de 40 y de 500 púlvules (cápsulas llenas), dosificados a 0.325 Gmo.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



	<u>Página</u>
Brucella Infection in Puerto Rico, P. Morales Otero, M. D., San Juan, P. R.	35
Requisitos técnicos indispensables para el éxito en la ra- dioterapia de los cánceres del cuello de la matriz, I. González Martínez, M. D., San Juan, P. R.	40
Afecciones oculares de origen dental, Ricardo F. Fernán- dez, M. D., San Juan, P. R.	47
Sobre la lesión primaria de la tuberculosis, Félix M. Re- yes, M. D., Bayamón, P. R.	50
La Asociación Médica como auxiliar en la lucha contra las enfermedades sociales, O. Costa Mandry, M. D., San- turce, P. R.	53
Informe del Secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico - Año 1939	55
Informe del Tesorero de la Asociación Médica de Puerto Rico - Año 1939	58
Proyecto de Colegiación de la clase médica de Puerto Rico	61
Notas Editoriales	65
Noticias Médico-Sociales	69

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

DRENOBIL $\equiv \text{O} \parallel \text{R} \equiv$

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

PRODUCTO DE:

"ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS OHR"

SAN JUAN, P. R.

Distribuidor en Puerto Rico:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol	0,125	grs.
Extracto de malta	16,000	"
Hipof. de manganeso	0,036	"
" " calcio	0,036	"
" " quinina	0,014	"
" " estricnina	0,004	"
" " potasio	0,052	"
Jarabe de cacao	30,000	"
Ext. fluido de naranjas amargas	1,000	"
V. c. s. para 100 cc. de producto.		

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

LA LEVADURA DE CERVEZA DE MEAD

Contiene ahora 100% más vitamina B₁ y 20% más vitamina B₂, sin aumento de precio

COMO resultado de nuestra larga experiencia e investigación en el cultivo de levadura, la Levadura de Cerveza de Mead en polvo y tabletas contiene ahora no menos de 50 Unidades Internacionales de Vitamina B₁ y no menos de 50 Unidades Sherman de Vitamina B₂ (riboflavina). Cada tableta de la nueva levadura suministra aproximadamente 20 Unidades de cada una de dichas vitaminas, permitiéndole al médico calcular fácilmente la dosis en cifras redondas.

★ ★ ★

La Levadura de Cerveza de Mead en Polvo se presta admirablemente para la administración a lactantes mezclada con la fórmula láctea, sopa, jugo de fruta u otro vehículo.



De venta en las farmacias en frascos de 80, 250 y 1,000 Tabletas y 170 gms. del Polvo. No se anuncia al público.

DOSIS: *Lactantes:* De $\frac{1}{2}$ a 1 cucharadita de Levadura de Cerveza en Polvo de Mead (50-100 unidades de vitamina B₁) mezcladas con el alimento diario del niño. Para los niños criados al pecho, mézclese el polvo con 15 c.c. de agua y adminístrese en un biberón antes de una de las mamadas.

Niños Mayorcitos y Adultos: De 10 a 12 Tabletas de Levadura de Cerveza de Mead al día (200-240 unidades de vitamina B₁)

Preñez y Lactancia: De 15 a 30 tabletas al día. (300-600 unidades de vitamina B₁)

Anorexia, Desnutrición, Artritis, Estreñimiento, Dermatitis: De 8 a 20 tabletas al día. (160-400 unidades de vitamina B₁)

Beriberi: Adultos, de 10 a 15 tabletas al día, o de 2 a 3 cucharaditas del polvo. (200-300 unidades de vitamina B₁)

Pelagra: Dosis terapéutica, de 35 a 70 tabletas al día. (700-1400 unidades de vitamina B₂)

Muestras y literatura de la nueva Levadura de Cerveza de Mead a la disposición de los Sres. Médicos.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville, Ind., E.U.A.

APARTADO NO. 3081 — SAN JUAN, P. R.

OBSEQUIO DE LA FARMACIA BLANCO

Cooperando con la Clase Médica por Sesenta Años

Advertencias Útiles para la Salud

Consulte al médico tan pronto se sienta enfermo. Casi todas las enfermedades atendidas a tiempo son curables.

Un examen médico anual o cada seis meses incluyendo otro examen por el dentista pueden proteger grandemente la salud.

No debe hacer caso de anuncios de medicamentos por profusos e insistentes que ellos sean si esos medicamentos no son prescritos por un médico, ni tomar productos glandulares o vitaminas si no son asimismo prescritos.

No se diagnostique ni permita que profanos le diagnostiquen; el médico es el que sabe diagnosticar.

El farmacéutico no debe recetar. No es su misión, ni está preparado para ello.

No se pregunte al farmacéutico lo que contiene la medicina prescrita por el médico, ni para qué sirve, pues él no debe decirlo.

Interésese por el estado sanitario de la población donde viva, coopere con las medidas públicas para reducir la mortalidad. Al público le concierne directamente que los encargados de la salud y limpieza públicas insulares y municipales, cumplan bien su cometido. No se repare en un presupuesto alto para Sanidad Pública si está bien administrado.

Procúrese que el servicio de la casa o los empleados de los establecimientos con quienes estemos en íntimo contacto goeen de buena salud y estén bien alimentados. Este asunto es importante, pues, protegiéndolos a ellos está protegido todo el mundo. Patrocínense establecimientos que le ofrezcan garantía absoluta de higiene y limpieza, para comprar medicinas y alimentos.

Si alguien ha sufrido en la casa u oficina de tifoidea o difteria cerciósese antes de reincorporarlo al servicio que no sea *portador* de la dolencia.

Evítese el polvo al barrer. No se permita que escupan en el piso.

Evítense ruidos innecesarios porque quebrantan el sistema nervioso.

Una buena salud empieza a cultivarse en los individuos desde antes de nacer. Buena alimentación bien equilibrada no cuesta mucho dinero; no todo lo que se anuncia es el mejor alimento. El médico puede dar un buen plan dietético de acuerdo con las condiciones de cada cual.

Si le interesan estas advertencias procure las anteriores en cualquiera de nuestras farmacias, en San Juan o en Santurce.



TRATAMIENTO ENDÉRMICO

en casos de
RESFRIOS Y AFECCIONES RESPIRATORIAS

Las aplicaciones externas del emplasto Numotizine no sólo producen los efectos hiperémicos y descongestivos de la cataplasma de caolin, sino que a la vez sus ingredientes anti-piréticos guayacol y creosota se desprenden para ser absorbidos por la piel.

De esta manera los órganos digestivos quedan libres para la administración de otras drogas si fuere necesario.

Calentando Numotizine a la temperatura del cuerpo puede extenderse sobre una gasa o tela basta y aplicarse sobre el pecho, axilas o espalda. También, si se desea, puede usarse conjuntamente con la camisa para pulmonía.

NUMOTIZINE, INC.

900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, E. U. de A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que la soliciten de

CASTAGNET Y CASTILLO.

TANCA NO. 1

SAN JUAN, P. R.

Medical Books of all Publishers



THE UNIVERSITY SOCIETY

P. O. BOX 1007

SALVADOR BRAU 58
SAN JUAN, PUERTO RICO

TELEPHONE 1399

"A complete book service to the medical profession"



NO SE NECESITA HIELO

HASTA cuando hace mucho calor y el hielo se derrite, KLIM proporcionará a usted leche fresca y sana. Esta leche superior no necesita refrigeración, y se conserva fresca aún después de varias semanas de haberse abierto la lata.

Klim no sólo se *conserva* fresca, sino que *sabe* a leche fresca. Usted quedará encantada del delicioso sabor natural de Klim.

Porque Klim es la mejor leche de vaca, de la que sólo se ha eliminado el agua, sin agregarle nada. Y se envasa de modo tan científico, que retiene todas sus virtudes. Le encantará a toda su familia.

Plaza Provision Co., San Juan P. R.

La Leche que se Conserva Fresca... y Rellena su Delicioso Sabor Natural

De valor inestimable en el tratamiento de la anemia perniciosa—

SOLUCION DE EXTRACTO DE HIGADO CONCENTRADA, 1cc.
(PARENTERICA)

Lederle

HABLANDO sobre los distintos preparados productores de eritrocitos para el tratamiento de la anemia perniciosa, dice HADEN (Texas State Journal of Medicine, agosto de 1939) :

“Es más eficaz el uso parentérico del principio madurador de eritrocitos. La misma cantidad del principio específico es treinta veces más activa al ser administrada por vía parentérica que por vía oral. La eficacia de la administración bucal a menudo disminuye según avanza la edad del paciente y después de uso continuado. La administración parentérica es también más económica que por vía oral si se consideran las cantidades comparativas del principio específico necesarias para elevar la sangre a lo normal y así mantenerla.”

La “Solución de Extracto de Hígado Concentrada (Parentérica) 1 cc. *Lederle*” refleja la experiencia intensiva de esta casa que fué la primera que elaboró el extracto de hígado parentérico. El mantenimiento de niveles normales de eritrocitos y hemoglobina puede establecerse mediante la inyección de un frasco de este preparado a intervalos de diez a quince días o más.

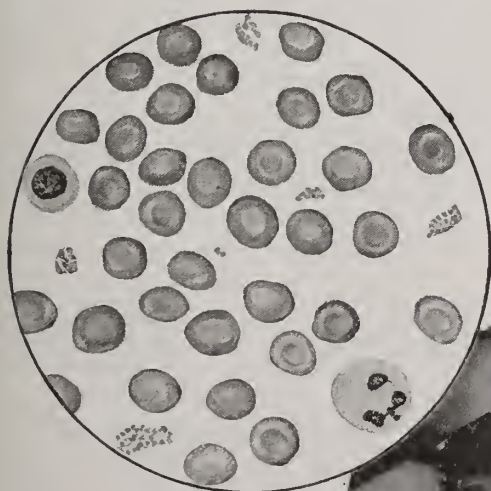
SE OFRECE EN ENVASES DE TRES FRASCOS DE 1cc.

Literatura a solicitud

LEDERLE LABORATORIES, Co.

76 Callo Salvador Brau

San Juan, P. R.



Se ve arriba un frote sanguíneo de un paciente que ha recibido hígadoterapia adecuada por un período de dos años. Tanto los glóbulos rojos como los blancos de la sangre son normales en forma y tamaño. La hemoglobina es normal o mejor, y son abundantes las plaquetas.



NOW AVAILABLE

The famous "T 360"

BIOLOGICALLY STANDARDIZED POTENT AND STABLE

* Four years of patient chemical, biologic and clinical investigations have demonstrated the value of a stable preparation of histaminase—provisionally designated "T 360"—in the treatment of allergic conditions produced by an excess of histamine. This biologically standardized preparation is now presented under the name of Torantil. It exerts a specific detoxicating action upon histamine within the human body. For this reason Torantil constitutes a promising contribution to everyday medical practice.

FOR DISEASES OF ALLERGY

A favorable, sometimes dramatic, response has been observed in many cases of asthma, vasomotor rhinitis, urticaria, allergic dermatitis, and hypersensitivity to insulin, drugs, serum and physical agents (e.g., cold, heat, light and scratch). Striking results have also been reported in cases of acne. However, Torantil is not a panacea. Some disappointments may be experienced, particularly if the dosage is not individualized.

*Booklet discussing in detail the clinical application
of Torantil will be sent to physicians on request.*

HOW SUPPLIED: Torantil is supplied in tablets of 5 units, bottles of 50 tablets. One unit is the amount which will inactivate 1 mg. of histamine hydrochloride during incubation at 37.5° C for twenty-four hours.



Torantil



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC. New York, N. Y.

Samples and Literature on Request

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

CALLE COMERCIO 21. SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

FEBRERO, 1940.

Número 2

BRUCELLA INFECTION IN PUERTO RICO*

P. MORALES OTERO, M. D.**

San Juan, P. R.

Introduction

Physicians of the last generation practicing in Puerto Rico frequently made the diagnosis of Malta fever in cases of long-continued fevers. It is doubtful if the cases so diagnosed were really undulant fevers or other conditions such as enteric fevers, malaria or tuberculosis. With the advent of new laboratory techniques, these conditions were better understood and diagnosed, and for the last thirty years the diagnosis of Malta fever has been very seldom made.

Today I want to call the attention of the medical profession of the Island to the fact that the high incidence of brucellosis in animals and the high incidence of cutaneous sensitization to Brucella protein in contact groups and in groups from the general population suggests the possibility of a larger incidence in humans than is recognized at present.

Recognition of the disease in cattle

In the year 1923, while working as director of the Biological Laboratory of the Insular Department of Health, we were requested to assist Dr. A. Rivera, Veterinar-

ian of the Insular Experiment Station, in finding the cause of repeated abortions in a herd at Río Piedras.¹ Endemic abortion in cattle was unknown as a disease in Puerto Rico at that time, but the frequent premature expulsion of the fetus in several herds of cows imported from the mainland led Dr. Rivera to suspect its occurrence. Soon, native cows of adjacent herds showed symptoms of the disease and a formidable siege of abortions started.

The causative agent of the abortion outbreak was determined, by cultural and serological methods and by animal inoculation, as *Brucella abortus* of the bovine type, thus establishing the existence of Brucella infection in Puerto Rico.

The investigations of Evans² and others have revealed the similarity existing between *Brucella abortus* and *Brucella melitensis*, and organisms of the *abortus* group have been repeatedly isolated from the blood of human cases. These discoveries have led us to the study of Brucella infection in the Island of Puerto Rico.

Survey on the incidence of the disease in animals and man

With the cooperation of the Insular Department of Agriculture, a serologic survey of cattle serum was made during the year 1929³ to see how far the infection had

* Read at the annual meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 8, 1939.

** From the Department of Bacteriology School of Tropical Medicine.

extended among the dairies which supply milk to the city of San Juan. Seventy-nine herds supplying milk to the city of San Juan, with a total of 5,280 cows, were visited, a total of 528 samples of blood were tested, taking, at random, 10% of the animals of each individual herd. Of these 528 samples, 216 were negative and 312 positive, making a total of 58% positives. All herds examined, with the exception of six, had reactors among the samples taken. Of these six herds, four had no history of abortion, two admitted having had premature births and retained placentas.

In view of the fact that abortion disease in cattle was so widespread among the dairies that supply milk to the city of San Juan, it was thought interesting to study the possibility of human infection.⁴ Through the courtesy of the staffs of the Municipal, Presbyterian and University Hospitals we were able to make a serologic survey of human sera sent to their laboratories for Wassermann reaction.

Of 1,750 blood sera examined, 8 gave a reaction in a dilution of 1:80 or higher, and 4 gave reactions of 1:20 to 1:80, making a total of 0.68% showing agglutination. It was very hard to make a clinical diagnosis of brucellosis on the past history of these cases. They presented symptoms attributable to brucellosis, but, at the same time, a possible diagnosis of malaria, disease of common occurrence in these latitudes, had to be considered. There were two cases, however, in which the symptomatology, physical signs and high agglutinative titer of the serum towards *Brucella* made the diagnosis of brucellosis perfectly justified.

Last year, the Department of Bacteriology of the School of Tropical Medicine examined 1103 blood samples from cattle, using the agglutinative test. Of these, 137 or 12% gave a positive reaction. One thousand samples of hog blood were also

examined, 13 being found positive, or a percentage of 1.3%. Fifty-five goats, 12 horses and 1 dog were also examined, all being found negative.

*Experimental infection of Br. abortus
in man*⁵

The wide discrepancy between the relatively high cattle infection and apparently low incidence in man has interested us greatly and led us to study, experimentally, the pathogenicity of the different strains and their ability to infect through the gastrointestinal canal and through abraided or normal skin.

A group of volunteers, who were physically fit and free from *Brucella* infection were hospitalized and observed daily. Some were fed twenty-four-hour broth cultures of *Brucella abortus* in pasteurized milk. Others were inoculated through an abrasion of the skin. A third group was inoculated through normal skin. Tests for pathogenicity were carried out on guinea pigs and mice as controls. Fourteen different strains were used in these inoculations, ten being bovine strains, two *melitensis*, one a porcine and one an equine strain, which, however, was classified as porcine. Forty persons were inoculated. Of these, eighteen were given the organism by mouth, thirteen receiving a single dose and five, repeated doses. Eight were inoculated through abraided skin and fourteen through normal skin. Of the thirteen fed a single dose, only one came down with the disease, a volunteer fed a *melitensis* strain. Of five fed repeatedly, three showed symptoms, two of which had been infected with a porcine (*abortus*) strain, and one with a very virulent bovine strain. In the latter case very mild symptoms developed, which probably would not have been recognized if the patient had not been

in the hospital. Of eight persons inoculated through abraided skin, six contracted the disease; three of these had been inoculated with bovine strains, two with porcine and one with a *melitensis* strain. None of the fourteen persons inoculated through normal skin showed any evidence of the disease.

I was greatly impressed with the virulence of porcine strains in man and their ability to invade the gastrointestinal canal in contrast with the inability of bovine strains to do so. Only one of four bovine strains produced a mild infection after repeated feedings. This strain had been sent from Iowa and was isolated from the milk of a cow belonging to a family in which two cases of brucellosis had existed.

From these experiments it seems that infection can take place more readily through abraided skin than through the gastrointestinal canal. Porcine strains, in our experience, are more virulent than bovine strains and can produce infection through the gastrointestinal canal when fed in smaller doses than the former.

We were unable to produce infection through unabraided skin in man, but we feel that larger doses at repeated intervals should be tried before infection through unabraided skin can be denied.

Clinical analysis of experimental cases

Incubation period:—One person fed an *abortus* strain, who became ill, had an incubation period from 28 to 35 days. Inoculated thru the abraided skin another had an incubation period of 20 days. Four became ill as a result of exposure to *Brucella suis* (porcine). After ingestion, the symptoms appeared in 11 to 15 days, in 17 to 34 days in another, and after exposure thru abraided skin in 11 and 28 days in the third and fourth. Following ingestion of

Brucella melitensis, the disease was manifested in ten days and after abraided skin inoculation, in sixteen days. In general, the incubation period fluctuated from 10 to 55 days.

The onset was insidious in all cases, except in one that was taken ill suddenly. Headache, fever, general malaise and anorexia were common symptoms at the onset. Definite chills were absent, but chilliness or chilly sensations were sometimes recorded. Epigastric tenderness, muscular pain and polyarticular pains were frequently found. Severe sweats were also common. Physical findings were frequently absent; in some cases coated tongue, epigastric tenderness, enlarged liver and enlarged spleen were found. Another case presented slight bronchitis. Pain in the neck, back, hips, knees, elbows, shoulders and ankle joints were recorded. Gastrointestinal symptoms were infrequent, but two cases had diarrhea with blood and mucus and gripping pains. The undulant type of fever was observed in some cases, but the long-continued course, usually intermittent, with occasional peaks and afebrile periods, was more common. Leukopenia with lymphocytosis was the rule in the experimental cases studied.

Virulence of the Puerto Rican strains for man and animals

All strains isolated in Puerto Rico so far belong to the bovine group and have shown a low virulence for animals. In this connection I want to quote from the work of Georges Roman, from the Research Center on Undulant Fever in Montpellier, France: "This strain", says Dr. Roman, "is of bovine origin. It was isolated in the Antilles, and was classified as an *abortus bovis* type, according to Huddleson's bacteriostatic methods and by its ability to produce hy-

drogen sulphide abundantly, but it has seemed to us atypical, according to the method of classification used by Maria de Sanctis, because, contrary to the true *abortus bovis*, it grows well on Petraguani's medium.

Avirulent for man, as proved by many inoculations carried out by Morales Otero on the natives of Puerto Rico, this strain does not produce true infection on the guinea pig. When injected in small doses (a million organisms) in the guinea pig, it neither stimulates the formation of antibodies nor produces allergy; besides, it is difficult to isolate it from the blood, even during the first days after inoculation.

The inoculation of larger doses (50 million organisms) causes, the same as a dead vaccine, the appearance of agglutinins which react at a maximum dil. of 1/160 and, exceptionally, at times up to a maximum dil. of 1/320; the intradermic reaction also becomes positive. But we insist, however, that these reactions are of a very short duration. As regarding the isolation of the germ from the blood, it is only possible during the first 15 days (in only one case after the first three weeks). Finally, in autopsies carried out after the third week, no lesions in the organs have ever been found and we have never been able to obtain a positive culture."

Further attempts at experimental infection of man with bovine strains isolated in Puerto Rico were made by us.⁷ A family consisting of three members volunteered to ingest for six weeks the infected milk of a cow suffering from *Brucella abortus* infection. At the end of this period none of the members had, at any time, shown any symptoms. Two other volunteers injected thru abraded and normal skin showed no symptoms after the experimental period.

This corroborates our assertion that the bovine strains isolated so far in Puerto Ri-

co are of low virulence for man and animals. However, clinical cases in man are already being recognized and in the last few years several clinical cases have been diagnosed by different clinicians.

Present index of sensitization in contact groups and groups from the general population of Puerto Rico

With the introduction of the opsonocytophagic index⁸ as a test for *Brucella* infection in conjunction with agglutination and skin reactions, cutaneous hypersensitivity to specific antigen as a test for *Brucella* infection has regained interest. So far, a diversity of preparations have been used, making correlation of results difficult. No doubt there is a necessity for a standard preparation that will react with specificity, stability and constant potency. We have tried to obtain a standard preparation which could be measured accurately, would be a good antigen, would be stable and could be prepared with the least possible denaturation. This has been possible by following a modification of Seibert's method for the preparation of P. P. D.⁹ The final product thus obtained is of a fine consistency, light brown in color, of a fairly constant composition, can be measured accurately, is stable in the dry state and constitutes a good antigen. This preparation has been used in determining cutaneous hypersensitivity in contact groups and in groups from the general population of Puerto Rico and from the Island of St. Thomas, where endemic abortion is not known to exist.

Agglutinative, complement fixation and opsonocytophagic tests were also made in the same subjects.

The results¹⁰ show that 24.7% of contacts and 4.2% of the general population of Puerto Rico are hypersensitive to the

purified Brucella protein and that 20.2% of the contacts and 2.3% of the general population have demonstrable opsonins in their blood, indicative that these persons have been in contact with infected material.

Summary

It has been proved that there is a high percentage of Brucella infection among cattle in the Island of Puerto Rico; that the Brucella organisms are pathogenic for man, the *melitensis* and *suis* varieties being more virulent than the bovine species. Apparently, infection can take place more readily thru direct contact than thru the gastrointestinal canal.

In Puerto Rico, the bovine variety is the prevalent species and those strains isolated and studied so far are of low virulence for

man and laboratory animals.

It has been demonstrated that 24.7% of the contact group and 4.2% of the general population of San Juan showed cutaneous hypersensitiveness to the purified Brucella protein.

With all these facts in mind, one would expect a much higher incidence of the clinical disease in humans than is at present recognized, and I cannot help but feel that clinical cases of human brucellosis are occurring in the Island in which the correct diagnosis is not being made. I want to encourage every practitioner to search for cases of long-continued, low-grade fevers, whose atypical symptoms and paucity of physical signs make diagnosis very difficult, and to have in mind the diagnosis of brucellosis as one of the possibilities in these cases.

BIBLIOGRAPHY

1. *Morales Otero, P.*: P. R. Health Review, Vol. 1, No. 2, page 31. 1925.
2. *Evans, Jour. Infect. Dis.*, Vol. 22, page 580, 1918.
3. *Morales Otero, P.*: P. R. Jour. Pub. Health and Trop. Med., Vol. 6, page 14. 1930.
4. *Ibid* - page 19.
5. *Ibid* - pages 41-80.
6. *Roman, Georges*: La vaccination effective du Cobaye contre l'infection Brucelique. Travail du Centre de Recherches sur la Fièvre Ondulante. Imprimerie E. Mazel, Largentiere (Ardeche). 1938.
7. *Morales Otero, P.*: Jour. Infect. Dis., Vol. 52, pages 54-59. 1933.
8. *Huddleson, I. F.*: Brucella infections in man and animals. The Commonwealth Fund. 1934.
9. *Morales Otero, P., and González, L. M.*: Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., Vol. 38, page 703. 1938.
10. *Morales Otero, P. and González, L. M.*: Am. Jour. of Med. Sc. (In press).

REQUISITOS TECNICOS INDISPENSABLES PARA EL EXITO EN LA RADIOTERAPIA DE LOS CANCERES DEL CUELLO DE LA MATRIZ*

L. GONZALEZ MARTINEZ, M. D.**

San Juan, P. R.

El trabajo que someto a la consideración de esta asamblea no es un estudio crítico de los procedimientos diversos recomendados hasta hoy para la radioterapia del cáncer del cuello uterino.

Es sencillamente la exposición somera y franca de ideas personales nacidas en el regazo fecundo de los éxitos que obtuve por más de 18 años en este campo fértil de la cancerología.

No hay duda que las neoplasias uterinas son, después de los tumores cutáneos, aquellas que mejor se prestan a una irradiación eficaz. Los motivos de este privilegio consisten en que el útero, además de ser un órgano hueco y musculoso, se encuentra situado en el centro de la verdadera pelvis y comunicando al exterior por un canal amplio y elástico, que lo pone al alcance de la vista y del tacto del observador. Son condiciones ideales para la técnica de fuegos cruzados, mediante la cual es posible irradiar con dosis cancericida el neoplasma uterino y sus más lejanas propagaciones pélvicas.

Para la ejecución correcta de este plan es indispensable la concurrencia de factores de orden clínico y de orden físico.

En el orden clínico descuella como elemento de primera importancia la necesidad de un diagnóstico preciso, no sólo por lo que se refiere a la variedad del cáncer que vamos a tratar sino también, y esto es de mayor trascendencia, en cuanto a su extensión y propagaciones.

Ocurre a menudo, y así lo venimos observando en la Clínica de la Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer, que los médicos encargados del diagnóstico y recomendación de los casos olvidan, por lo general, practicar un buen examen del enfermo y nos lo remiten con un simple diagnóstico de sospecha sin indicación alguna sobre el tipo de tumor, ni sobre la permeabilidad del canal uterino, ni sobre la condición de los parametrios ni sobre la movilidad o fijeza del órgano.

Por este motivo, y para suplir la deficiencia, nosotros consideramos como un requisito indispensable al buen éxito de la radioterapia ginecológica, que el radioterapeuta, además de poseer amplios conocimientos sobre las enfermedades de la matriz, haya practicado esta cirugía el tiempo necesario para familiarizarse con el aspecto normal y patológico de los órganos genitales de la mujer. Sólo así podrá enmendar muchos diagnósticos equivocados y modelar la técnica más conveniente a cada caso.

Los cánceres del cuello de la matriz pueden dividirse a primera vista en dos grandes grupos, tales son: cánceres evertidos o exofíticos y cánceres invertidos o endofíticos.

Los cánceres evertidos se desarrollan comúnmente a expensas de la mucosa interna del cuello y crecen hacia la luz vaginal, muy frondosos a veces, hasta constituir grandes tumores en coliflor. Esta variedad arraiga muy poco en los tejidos profundos durante su primera y segunda etapa, pertenece al tipo epidermoide, es la más radio-sensible,

* Leído en la reunión científica celebrada por la Asociación Médica del Distrito de Ponce, Noviembre 5, 1939.

** Presidente, Liga Puertorriqueña contra el Cáncer.

obedece a la radioterapia y, cuando se la somete a un tratamiento bien dirigido, da un alto porcentaje de curaciones.

Los cánceres invertidos no evolucionan hacia la vagina sino que, por el contrario, infiltran el segmento supra-vaginal del cuello respetando con frecuencia la mucosa. Suelen ser del tipo epidermoide, pero también los hay adenocarcinomas típicos. Los epidermoides endofíticos gozan de la misma radiosensibilidad que los exofíticos; pero los adenocarcinomas son, en cambio, resistentes. El consenso de las estadísticas admite un promedio de cinco a seis adenocarcinomas contra 95 o 94% de epidermoides.

Esta clasificación grosera de los neoplasmas del cuello uterino se sustituye en la práctica, tanto desde el punto de vista quirúrgico como radioterápico, por una ordenación clínica en cuatro grupos. El alineamiento de estos grupos varía de una clasificación a otra según el criterio del autor. Sin embargo, durante los últimos años ha tomado la delantera y se va generalizando la clasificación de la Liga de las Naciones, muy parecida a la que Henry Selmitz ideó hace muchos años en Chicago.

Nosotros la hemos adoptado. Vamos a describirla esquemáticamente, pero definiendo los grupos de modo tal que la misma definición pueda sugerir el plan de radioterapia más conveniente:

El grupo primero sólo comprende cánceres netamente limitados a la porción visible del cuello. Su extensión máxima no abarca más que cuatro centímetros de tejido o, lo que es lo mismo, hasta dos centímetros alrededor del eje del canal cervical. La movilidad del útero es completa.

El grupo segundo se refiere a epitelomas que ya comienzan a invadir el surco de los fondos de saco vaginales. El parametrio cervical también se encuentra invadido; pero la movilidad del útero se conserva, aun-

que no tan amplia como en el sujeto normal. La infiltración neoplásica ha progresado hasta tres centímetros por fuera del eje del canal cervical; la extensión máxima sólo comprende, pues, seis centímetros de tejido útero-pelviano.

El grupo tercero designa aquellos cánceres que se han propagado a uno o a los dos parametrios y al tercio superior de la vagina. El proceso tumoral se extiende hasta cinco centímetros por fuera del eje del canal uterino o, dicho de otro modo, invade diez centímetros de tejido. La movilidad del útero está seriamente comprometida, pero no hay fijezas completas.

En el grupo cuarto se incluyen los cánceres propagados a la vejiga, al recto, al segmento inferior de la vagina y a las paredes pélvicas. La infiltración neoplásica va más allá de cinco centímetros alrededor del eje del canal cervical. El útero está bien fijo. La presencia de metástasis ilíacas, inguinales y pélvicas complica la situación.

Los límites señalados en cada grupo a la extensión del proceso neoplásico prestan valiosa ayuda al radioterapeuta para bosquejar el plan de ataque en un caso determinado. Pero tiene mucha importancia que el operador mismo capte los signos clínicos, a fin de evitar los yerros a que, sin duda, le expondrán las percepciones equivocadas de médicos inexpertos en el examen ginecológico.

La mejor manera de recoger estos signos clínicos ha de ser practicando un examen cuidadoso de la enferma mediante el tacto rectal primero, el tacto vaginal después, la combinación de ambos tactos y el examen visual con el espéculo. Terminará la inquisitiva con el cateterismo y la medición de la cavidad matricial, porque es un dato muy necesario para la radioterapia endo-uterina. En la misma sesión recolectará el espécimen para biopsia. He-

cho esto, procederá a medir los diámetros antero-posterior y bitrocantariano de la pelvis, así como también las distancias que separan, en línea recta, el hocico de Tenea de la pared anterior del abdomen y del introito vulvar. Armado con las nociones de este examen, procederá a dibujar el contorno de la pelvis y delineará dentro del esquema la posición que ocupa el útero con el neoplasma y sus propagaciones. Sólo entonces podrá diseñar el mejor plan de radioterapia transpélvica, basándolo de fijo en la selección precisa del emplazamiento, número y tamaño de las puertas de entrada, e igualmente en la dirección más favorable del rayo central, para que la matriz y sus anejos reciban y absorban la dosis máxima tolerable de rayos X.

Los *elementos físicos* del problema derivan de preceptos matemáticos y de leyes biológicas. Los rayos X, como las radiaciones gamma del radium, son vibraciones electromagnéticas que se propagan en el espacio cumpliendo las mismas leyes que la luz visible.

La distribución de su intensidad en un medio cualquiera, digamos la pelvis humana, por ejemplo, obedece a seis normas fundamentales; dos son esencialmente físicas y cuatro de carácter geométrico.

Las normas físicas dependen de la radiación misma y se rigen por las leyes que gobiernan la dispersión y la absorción de la energía radiante. Cuando ésta atraviesa la materia, su intensidad disminuye progresivamente a medida que penetra en las capas profundas, no sólo por causa de la absorción y de la dispersión sino que también por virtud de la ley de la divergencia o del cuadrado de las distancias.

La fracción de energía absorbida aumenta con la densidad del medio y es directamente proporcional a la tercera potencia de la longitud de onda. El valor del coeficiente de absorción es mayor para los

rayos blandos que para los duros. La fracción de energía incidente retenida en los tejidos mide la absorción verdadera o directa. La absorción total es la suma de la absorción fotoeléctrica verdadera y de la absorción secundaria por dispersión retrógrada.

La cantidad de energía que atraviesa el medio sin modificarse se llama *radiación transmitida*. Es tanto mayor cuanto más elevado el voltaje que opera en los terminales del tubo. No tiene valor terapéutico.

En cambio la energía absorbida es muy útil a la radioterapia por sus efectos biológicos sensibles y potenciales.

Cuando un espesor fijo de materia irradiada bajo condiciones invariables de voltaje, distancia y filtración, retiene el 50 x 100 de la energía incidente y trasmite el otro 50 x 100, entonces esa capa de materia constituye la *capa de medio valor*, característica de la radiación en el medio de prueba. Es directamente proporcional al voltaje y al espesor del filtro. Tiene mucha importancia en radioterapia, porque normaliza en todo momento la selección de filtros, distancia y tensión aplicables a cada caso.

Los factores de orden geométrico dependen de las condiciones en que se practica la irradiación. Son absolutamente necesarios para el cálculo de la dosis prevista.

En efecto: la ley de la divergencia regula la propagación de las vibraciones electromagnéticas: a distancia focal doble hay que dispensar cuatro veces la misma dosis para obtener efectos biológicos iguales y a distancia triple se necesitan nueve dosis.

El volumen de la región o segmento del cuerpo donde asienta el tumor; el tamaño de la superficie irradiada y la distancia del tumor a la piel son también factores geométricos muy importantes de los cuales no debe prescindir el plan terapéutico.

Ahora bien, el exterminio de las células malignas de cualquier neoplasia epitelial

exige la introducción en su masa de una cantidad de energía radiante no menor de seis dosis de *critema umbral*. Muchas veces se necesitarán diez dosis y, en ocasiones, más todavía, según el grado de radiosensibilidad del tumor. Esta sensibilidad varía con el tipo celular, obedeciendo los términos de la antigua y bien conocida ley de Bergonié y Tribondeau, que dice así:

Un tejido es tanto más radiosensible cuanto mayor sea su actividad carioquinética, cuanto más largo su porvenir carioquinético y cuanto menos fijas sean su morfología y funciones; es decir que las células menos diferenciadas fisiológica y morfológicamente, o sea las que se aproximan al tipo embrionario, son las más vulnerables a las radiaciones X o del radium. En cambio, las células musculares y nerviosas, de tipo adulto perfecto, son casi rafractarias.

De otra parte, la dosis de tolerancia máxima a los medicamentos rayos X y radium se encuentra limitada por el grado de resistencia del estroma conjuntivo, cuya integridad debe respetarse, para que ayude eficazmente a la reparación cicatricial del tejido neoplásico destruido por la irradiación.

Es casi un dogma de la radioterapia aplicada a los cánceres de la matriz que, salvo condiciones excepcionales, ni la curieterapia intracavitaria exclusiva ni la roentgenterapia transpélvica sola pueden introducir, sin grave daño para el tejido conectivo pericervical y de los parametrios, en el caso de radium, o deterioro irreparable de la piel, en el caso de rayos X, una dosis uniforme superior a seis eritemas umbral en todo el volumen de tejido que suele invadir el tumor y sus propagaciones linfáticas.

De ahí surgió la necesidad de combinar el empleo de ambos medicamentos para asegurar un buen número de curaciones; con

el radium se atacarán *in situ* la lesión primitiva y las paracervicales; con los rayos X se actuará sobre los parametrios y propagaciones linfáticas lejanas, además de completar la dosis en el tejido uterino.

Mucho se ha discutido y discute aun el valor relativo de la Cirugía, de los Rayos X y del Radium en el tratamiento de estos cánceres.

Es verdad que la Cirugía manejada por expertos puede curar buen número de ellos durante la fase inicial o estado I de la enfermedad; pero el cirujano casi nunca los opera entonces, porque habitualmente vienen a consultarle cuando se encuentran en período más avanzado. Por otra parte, la Cirugía radical del cáncer de la matriz es muy difícil. Hay muchos operadores, pero escasean los cirujanos de experiencia y destreza superior para ejecutarla con el mejor éxito. Quizás en todo el Orbe no se encuentran diez; y todavía la proporción de curaciones no es tan elevada como en la radioterapia. Por este motivo el cáncer del cuello de la matriz ha salido ya prácticamente de la órbita quirúrgica para entrar de lleno en el campo de la radioterapia.

Es asimismo cierto que la aplicación exclusiva de una dosis bien calculada de radium puede curar los cánceres del primer grupo clínico; pero a ello se oponen iguales obstáculos que los anotados para la Cirugía. Por otra parte, la curieterapia intrauterina mejor realizada no puede ser curativa más allá del tercer centímetro de tejido alrededor del eje del canal uterino. Tratar de forzar la dosis vale tanto como exponer a sabiendas la enferma a graves complicaciones en la vejiga y el recto. No se puede violar impunemente la ley de la divergencia.

He ahí el motivo mayor para condenar el empleo aislado del radium como método de elección en el tratamiento rutinario de los cánceres de la matriz. Cuando la enfer-

medad ha franqueado los límites del grupo I, como generalmente ocurre, el especialista no podrá ni deberá limitar su intervención a la mera curieterapia, porque el fracaso es la regla después de una mejoría aparente. Y la mejor prueba de esta contención se encuentra en el hecho de que ninguno de los colegas que ha empleado y emplea en Puerto Rico el radium como única arma, exceptuando la Cirugía, para combatir el cáncer de la matriz, pudo informar hasta la fecha en las asambleas de nuestra Asociación un número razonable de curaciones persistentes cinco años después de recibir el tratamiento.

Lo que digo de la curieterapia puede aplicarse también a la roentgenterapia. No podemos juzgar todavía el valor terapéutico del método de Merrit.

Estas consideraciones justifican la necesidad de combinar ambos agentes, radium intra-cavitario y rayos X transpélvicos, en el tratamiento de los tumores uterinos.

La curieterapia del cáncer del cuello de la matriz es un proceder delicado que debe de ajustarse a rigurosa técnica. No basta colocar en la cavidad uterina una dosis conveniente de radium metida en la cápsula patrón de plata con funda de goma. Esto, además de constituir un error lamentable, agrava la situación de la víctima. El remedio es entonces peor que la enfermedad; como la cápsula normal de plata sólo tiene medio milímetro de espesor, no puede impedir el paso de todos los rayos beta que, siendo muy cáusticos, provocarán sin duda daños irremediables en todas las aplicaciones largas. Es un método ineficaz y peligroso.

Por el contrario, eliminando los rayos beta será posible administrar hasta la profundidad de tres centímetros, colindancia de las paredes vaginales y del recto, una dosis cancericida de rayos gamma sin causar grave daño a estos órganos ni al tejido co-

nectivo interpuesto. Pero será necesario filtrar por láminas de platino de no menos 1 milímetro de espesor.

Nuestra técnica habitual, que hemos descrito en comunicaciones previas, es una modificación de la recomendada por Regaud. Cuando circunstancias especiales, como la impermeabilidad del canal, estenosis de la vagina, etc., etc., no permiten su aplicación, entonces la sustituimos por el método llamado Braquiradium de Estocolmo.

Ejecutamos la curieterapia a lo Regaud introduciendo 2 o 3 focos en el canal uterino y tres más en el fondo de la vagina; los intrauterinos constan cada uno de 10 miligramos de radium filtrados por 1 mm de platino; y los vaginales son también de 10 miligramos, pero con filtro principal de milímetro y medio de platino y uno accesorio de un centímetro de corcho, goma ametalica o gasa. Estos focos vaginales se colocan uno frente al orificio externo del cuello y los otros dos en cada uno de los fondos de saco laterales de la vagina. Tanto los focos intrauterinos como los intravaginales permanecerán colocados durante seis u ocho días, según la corpulencia del enfermo y el estado de las lesiones; pero removiéndolos un par de horas cada 48, a fin de lavarlos, esterilizarlos, irrigar la vagina de la enferma y hacerle evacuar el intestino.

Con el *Braquiradium* de Estocolmo la aplicación no es continua sino intermitente y fraccionada en tres sesiones, cada una separada de la otra por un período de dos a tres semanas. Lo ejecutamos con una lámina de plomo de milímetro y medio de espesor dispuesta en forma de azafate cuadrado de tres centímetros de lado y cinco milímetros de fondo. Dentro del azafate colocamos en formación paralela cinco o seis tubos de platino con paredes de milímetro y medio de grueso, conteniendo cada uno

diez miligramos de radium. El aparato se impregna y se cubre entonces con una capa de parafina fundida y luego se ajusta al fondo de la vagina, frente al cuello, donde se inmoviliza con empaquetamiento de gasa. Cada aplicación debe durar 48 horas. horas.

La roentgenterapia transpélvica se propone completar en el espacio la acción biológica del radium inundando toda la pelvis con una dosis caucericida. Después de ensayar varios procedimientos, hemos llegado a la conclusión que esto se logra mejor y más fácilmente con los grandes campos de Warnekross que con las técnicas de puertas múltiples, *a fortiori* pequeñas. La multiplicidad de campos, en efecto, expone con frecuencia a la ulceración del intestino, accidente irreparable que debe evitarse.

Por lo general irradiamos solamente a través de dos campos grandes de 400 a 500 cm. enadrados, uno anterior suprapúbico y el otro posterior sacro-iliaco. Colocamos el foco del tubo a 80 cm. de la piel; empleamos una tensión de 220 K. V. y una filtración variable de 0.75 a 2 mm. de cobre. Dicha técnica permite distribuir dosis uniforme por toda la pelvis. Si la dosis se diluye proporcionalmente en el tiempo, de modo tal que tarde en completarse no menos de treinta días, entonces será posible, merced a la capacidad recuperadora de la piel, administrar por cada campo tres mil unidades roentgen. Como la tensión es la de 220 K. V. y la distancia foco piel de 80 cm. es casi seguro que el 60 x 100 o sea 1800 r de cada campo lleguen a la profundidad donde asienta el tumor o, lo que es lo mismo, este recibirá el choque de 3600 r. Ocorre así, porque el diámetro antero-posterior de la pelvis en la mujer puertorriqueña excepcionalmente pasa de 18 centímetros.

Por otra parte, ya dijimos que la des-

trucción completa de las células malignas que habitan el tumor necesita la dosis mínima de *seis eritema umbral*. Ahora bien, el eritema umbral producido por un fascículo de rayos X a 220 K. V. con filtro de 0.75 milímetro de cobre y 80 cm. distancia es igual a 600 r. De ello resulta, pues, que en el promedio de las mujeres puertorriqueñas afectas de cáncer uterino nuestra técnica de irradiación transpélvica logra introducir en toda la masa tumoral y sus propagaciones linfáticas seis dosis de eritema umbral, que, al sumarse al efecto local y lejano de la eurioterapia intracavitaria, forman el complemento de la dosis eficaz en los casos curables.

He demostrado que ni los rayos X exclusivamente ni el empleo único del radium en tratamientos locales pueden, desde el punto de vista práctico, curar todavía el cáncer cérvico-uterino.

Para terminar sostengo que la combinación oportuna de ambos agentes rinde magnífico resultado; en nuestras manos, 38% de curaciones permanentes al cabo de 5 años.

REFERENCIAS

- Max Cutler and F. Bushke — Cancer, its Diagnosis and Treatment -- Phila. 1938. Page 351.
- A. J. Delario — Roentgentherapy and Radiumtherapy -- Phila. 1938.
- Bowling (Harry H.) and Fricke (Robert E.) — Radiosensitivity of Malignant Neoplasms of the Uterine Cervix — Journal Am. Med. Ass. — vol. 111 — No. 21. — Page 102 -- Nov. 19, 1938.
- Martozoff (Karl H.) — Cancer of the Cervix Uteri: recognition of early manifestations -- Journal Am. Med. Ass. — Vol. 111 — No. 21. — Page 1921 — Nov. 19, 1938.
- Mergs, J. V. and Jaffe, H. L. — Carcinoma of the Cervix Uteri Treated by Roentgen Ray and Radium -- Surg. Gyn. and Obst. — vol.

- 69 — No. 3 — Page 257-266.
- Grossman, Abraham* — The Treatment of Carcinoma of the Uterine Cervix — Surgery, Gyn. and Obst. — vol. 69 — No. 3 — Page 373 — Sept. 1939.
- Kari, H. Martzloff* — Obstetrics and Gynecology Curtis — Vol. 11 — Page 833.
- Louis E. Phaneuf* — Irradiation in the Treatment of Carcinoma of the Uterus — Am. Journal of Roentg. and Radiumtherapy — Vol. 39 — No. 6 — Page 855 — June 1938.
- E. L. Frazell* — Correlation of Calculated tumor Doses and Five-year survivals in radiation therapy of Cancer of the Cervix — Am. Journal of R. and R. — Vol. 39 — No. 6 — Page 861 — June 1938.
- Frank R. Smith* — Palliation of Cancer in Gynecology — Am. Journal of Roentg. and R. T. — Vol. 39 — No. 6 — Page 866 — June 1938.
- James A. Coscarden, Haig H. Kasabach and Maurice Lenz* — Intestinal injuries after radium and roentgen treatment of Carcinoma of the cervix — Am. J. of Roentg. and R. T. — Vol. 39 — No. 6 — Page 871 — June 1938.
- E. A. Merrit* — Roentgentherapy of Cancer in the Buccal Cavity and of the Cervix Uteri — Am. J. Roentg. and R. T. — Vol. 42 — No. 3 — Page 418-422 — Sept. 1939.
- Arthur W. Erskine* — Expanding Speculum for transvaginal Roentgen Therapy — Am. J. of Roentg. and Rth. — Vol. 42 — No. 3 — Page 423 — Sept. 1939.
- J. Ducuing, L. Bugnard, P. Marquis et G. Cazabat* — Etude Experimentale du Rayonnement de Roentgen Diffusé. Applications a la Roentgentherapie — Journal de Radiologie et D'Electrotherapie — Tome 23 — No. 3 — Pg. 105-118 — Mai 1939.
- Mayer, William H.* — The Correlation of Physical and Clinical Data in Radiation Therapy — Radiology — Vol. 32 — No. 1 — Page 23 — June 1939.
- I. A. B. Cathie* — Ulceration of the small intestine following irradiation of the pelvis — Am. J. of Roentg. and Rth. — Vol. 39 — No. 6 — Page 895 — June 1938.
- Lacassagne* — The Limitations of intracavitary Radium therapy in cancers of the Cervix of the uterus. — Radiology — Vol. 33 — No. 1 — Page 20 — July 1939.
- Hefman, Thomas R.* — The Gross Morphology of Cervical Cancer in Relation to its Curability. The Am. J. of Roentgenology and Radium Therapy — Vol. 41 — No. 1 — Page 51 — January 1939.
- Collin H. Stevens, and Andrew K. Payne* — Survey of Two Hundred and Ninety-Three Cases of Cancer of the Cervix Uteri — The Am. J. of Roentgenology and Radiumtherapy — Vol. 41 — No. 1, Page 55 — Jan. 1939.
- Harry H. Bowing and Robert E. Fricke* — The Management of Major Complications during Radium therapy of Carcinoma of Cervix — The Am. J. of Roentgenology and R. Th. — Vol. 1 — Page 69 — Jan. 1939.
- William E. Howes and Hyman Strauss* — The Significance of Urological Surveys in Cervical Carcinomas — The Am. J. of Roentgenology and Radium Therapy — Vol. 41 — No. 1 — Page 63 — Jan. 1939.
- Lawrence A. Pomeroy* — Aids to Irradiation in the Management of Carcinoma of the Cervix Uteri — The Am. J. of Roentgenology and Radium Therapy — Vol. 41 — No. 1 — Page 73 — Jan. 1939.

AFECIONES OCULARES DE ORIGEN DENTAL*

RICARDO F. FERNANDEZ, M. D.

San Juan, P. R.

Las infecciones dentales son capaces de producir innumerables trastornos en el organismo, entre ellos muchas afecciones oculares. Aunque en este trabajo debo limitarme a estas últimas, he creído conveniente tratar primero a grandes rasgos el problema en general.

Los oculistas fuimos quizás de los primeros en reconocer la importancia de las infecciones dentales como factor etiológico de enfermedad. En 1842, hace cerca de un siglo, se habían publicado ya artículos por oftalmólogos hablando de la relación de infecciones dentales con ciertas afecciones de los ojos.

El desarrollo de un más amplio concepto de la infección focal como factor causante de enfermedades sistémicas y el reconocimiento de la frecuencia de la infección dental crónica, se debe en gran parte a Miller y Hunter. El primero en 1891 escribió un artículo en el "*Dental Cosmos*" describiendo la importancia de las infecciones dentales en la producción de varias enfermedades; el segundo introdujo en 1898 el término "Sépsis oral" para incluir los varios tipos de infecciones dentales y en sus numerosos trabajos explicaba la frecuente relación de éstas con afecciones pleuropulmonares, nefríticas, cardíacas y aún de la vesícula biliar.

Más tarde en 1916, Frank Billings campeón de las infecciones focales como causantes de enfermedad sistémica estudió por muchos años el problema y le dió gran publicidad entre la clase médica; luego Rose-now continuó el estudio desde el punto de

vista bacteriológico y con su teoría de la localización selectiva de las bacterias en diferentes partes del cuerpo, basada en la aclimatación de éstas a diferentes tensiones de oxígeno, logró en gran parte esclarecer el porqué se producían lesiones en ciertos sitios y en otros no. Además averiguó que la inmensa mayoría de las infecciones dentales eran producidas por un estreptococo no hemolítico. Esto fué comprobado más tarde por un trabajo experimental de varios años llevado a cabo por el profesor de Medicina Experimental en la Universidad de Kansas, Russel Haden y sus asociados, descubriéndose otros puntos de importancia.

En el estudio comparativo hecho de más de 3,000 piezas dentales removidas bajo condiciones asépticas se encontró que 75% de los dientes muertos con evidencia radiográfica positiva de infección demostraron estar infectados y lo que es más aún, 57% de los dientes muertos en cuyas radiografías no había evidencia positiva de infección, demostraron al cultivarlos bacteriológicamente que estaban infectados. Este factor es de gran importancia desde el punto de vista médico y dental y ha sido motivo de controversia por largo tiempo.

Cuándo debe removerse un diente muerto es un problema algo difícil de determinar. Los dentistas y los médicos que nos dedicamos a la práctica privada tenemos que darnos cuenta de que estamos tratando, no a un diente muerto, sino a un paciente que tiene un diente muerto, y que en la mayoría de los casos quiere evitar perderlo. Por eso es que en cada caso hay que estudiar el problema desde varios ángulos.

* Leído por invitación en la Asamblea Anual de la Asociación Dental de Puerto Rico, Noviembre 25, 1939.

Desde el punto de vista médico hay que determinar por la gravedad de la afección presente, por la ausencia de otros posibles factores etiológicos y por la manera como la afección responde al tratamiento médico, si procede recomendar la extracción de esas piezas dentales sospechosas. Desde el punto de vista dental, hay que contar con la idiosincracia del paciente, especialmente si es una mujer, y la posición de la pieza dental sospechosa; pues es claro que si se trata de un incisivo o un colmillo, en una mujer joven, el dentista lo pensará más para extraérselo, que si se tratara de un molar posterior en esa misma paciente, o de un diente cualquiera en una persona de edad.

En cuanto al diagnóstico de las infecciones dentales, debo decirles que, como médico y considerando el resultado de los trabajos experimentales de que hablamos antes, tenemos que considerar sospechoso de infección todo diente muerto y no podemos llevarnos exclusivamente por la evidencia radiográfica de rarefacción del alveolo, cambios de la membrana peridental, o formación definitiva de abscesos alveolares. Hay que tener en cuenta también los fragmentos de raíces que quedan al extraer algunos dientes y que siempre son focos de infección y es por esto que en algunos casos raros se han visto lesiones producidas por infección dental en personas sin dientes. De aquí que los médicos y los dentistas debemos insistir que cuando se hace un estudio radiográfico para determinar la existencia de posible infección dental debe tomarse siempre una serie completa de placas, incluyendo los sitios de donde han sido extraídas piezas dentales. El dentista no debe depender solamente de la radiografía para diagnosticar infección dental; el examen general de la boca, las pruebas de vitalidad, de sensibilidad al calor y al frío, la percusión, etc., pueden ofrecer información valiosa.

Las diferentes formas de infección dental tienen importancia variada como focos de infección. En términos generales las infecciones agudas tienen poca importancia desde el punto de vista médico, pues si bien en algunos casos producen infecciones del antro u otras estructuras contiguas por extensión directa y aún septicemia o severas manifestaciones tóxicas por invasión del torrente sanguíneo, estos casos son raros.

Las infecciones dentales crónicas pertenecen a la categoría de infecciones focales y su importancia como tales depende en gran parte de la existencia de drenaje adecuado y de la resistencia local y general del paciente. Es por esto que la piorrea tiene poca importancia como foco de infección cuando hay drenaje amplio y solo cuando se forman bolsillos cerrados por la destrucción extensa del alveolo adquiere mayor importancia por la falta de drenaje. Las infecciones o abscesos periapicales, desde el punto de vista médico, son los más importantes.

Las afecciones oculares producidas por infección dental siguen esta regla, y así tenemos que la mayoría son causadas por infecciones del tipo cerrado. Después de la artritis, las afecciones oculares de origen dental son las más comunes. Por mucho tiempo hemos conocido que la infección dental es una causa frecuente de inflamación del iris, del cuerpo ciliar, de la coroides, del nervio óptico y otras partes del globo, y cada día vemos en nuestra práctica pruebas convincentes de esta relación.

Las lesiones oculares, al igual que las demás afecciones del cuerpo que se originan de infecciones dentales son producidas en diferentes formas; algunas, como la dilatación unilateral de la pupila son por irritación del simpático; otras, como la iritis, coroiditis o la neuritis óptica, son producidas por la transmisión de bacterias o sus toxinas a través de la sangre, y en otras ocasiones por fenómenos alérgicos.

En los últimos años ha tomado creciente importancia en la oftalmología la afección conocida como "Toxemia Endógena del Nervio Óptico", producida por infección focal crónica, a menudo de origen dental. Esta es una afección muy interesante, ya que los únicos síntomas objetivos son la disminución progresiva de la visión y el cansancio ocular. Al examinar estos pacientes, no se encuentra afección aparente alguna en los ojos que justifique la pobre visión, pero al hacer el estudio de los campos visuales se encuentra gran alteración en la percepción de los colores, y es éste el punto más importante en su diagnóstico. Quizás antes no se verían muy a menudo estos casos, porque el oculista no usaba con suficiente frecuencia el estudio de los campos visuales para los diferentes colores. Brombach, Profesor de Bacteriología de la Universidad de California, hizo un estudio extenso sobre esta afección y los efectos de las diferentes infecciones focales en los campos visuales, especialmente en lo que respecta a la visión de los colores. Aunque él cree posible determinar por el estudio de los campos visuales la infección focal que produce el trastorno y aún hasta el tipo de ésta, si tiene o no amplio drenaje, nosotros no hemos conseguido convencernos de que esto sea posible, pero su trabajo nos ha abierto los ojos hacia esa posibilidad y nos ha convencido de la importancia del estudio de los campos visuales en colores, en todos aquellos casos en que encontramos la visión disminuida sin patología aparente que los justifique.

Para terminar quiero decir algunas palabras sobre las relaciones entre los médicos y los dentistas. Primero debemos tratar de compenetrarnos de nuestros problemas para así poder ayudarnos mutuamente de un modo más efectivo. Cuando un médico sospecha que el mal de su paciente puede provenir de una infección dental y

se lo remite al dentista, espera de éste un estudio y un informe que lo ilustre y lo ayude a esclarecer su caso, no un grupo de radiografías, más o menos buenas sin ningún diagnóstico preciso. Además es muy conveniente en algunos casos que el dentista explique al paciente la importancia que para su salud tiene alguna infección dental que encuentre, pues a veces el médico se confronta con el problema de tener que recomendar la extracción de piezas dentales cuando el dentista, tácitamente le da la idea al paciente de que tiene poca importancia su patología dental.

También nos hemos encontrado en más de una ocasión con casos en que estando seguros de que una afección ocular provenía de infección dental evidente, algunos dentistas han rehusado extraer estas piezas infectadas. Uno de estos pacientes padecía de una iritis fuerte y tenía dos muelas que parecían dos charcas manando pus. Dos dentistas se negaron a extraerle dichas muelas y a no ser porque encontramos otro dentista que se las extrajo, sanando rápidamente su ojo, quizás hoy estuviese tuerto. Ahora bien, tampoco podemos pretender los médicos que el dentista cargue toda la responsabilidad, pues en algunos casos sufrimos la decepción de que después de removerle al paciente varias piezas dentales muertas o abscesadas, no se evidencia mejoría en su dolencia. Es por esto que médicos y dentistas tenemos que actuar conjuntamente y de mutuo acuerdo en estos casos, consultándonos antes de hacerle recomendaciones específicas al paciente, y haciendo siempre las debidas salvaguardas, tales como, explicar que un diente muerto o abscesado, si bien puede no ser la causa de su actual afección, podrá en el futuro causarle serias lesiones en otros órganos. De esta manera trabajaremos acordes y en forma que protegerá a ambos profesionales y al paciente.

SOBRE LA LESION PRIMARIA DE LA TUBERCULOSIS*

FELIX M. REYES, M. D.

Bayamón, P. R.

Datos históricos.

En 1876 Parrot, anunció ante la Sociedad de Biología de París, la relación entre lesiones pulmonares y los ganglios traqueo-bronquiales. El consideró esta relación como constante y formuló, "la loi des adenopathies similaires", mejor conocida como la ley de Parrot. Su discípulo Hervonet dice: "Parrot halló el foco primario en cada uno de los casos observados por él."

Küss estudió la ley de Parrot más detalladamente. En 1898 presentó sus trabajos en París bajo el título, "De l'hérédité tuberculeuse." Küss llegó a las siguientes conclusiones:

1—que la inhalación del bacilo de Koch es similar a la inoculación subcutánea en el conejillo de Indias.

2—que el foco pulmonar se caracteriza al principio por un nodulillo pequeño, generalmente situado bajo la pleura.

3—y que los ganglios traqueo-bronquiales siempre desarrollan lesiones tuberculosas.

Küss distinguió la lesión primaria del niño de las lesiones fibrosas apicales, las que él consideraba poco frecuentes en la infancia. Nunca vió una lesión tuberculosa primaria del pulmón que no estuviese acompañada de una lesión similar en los ganglios traqueo-bronquiales.

H. Albrecht, en Viena, hizo un estudio de 1060 autopsias de niños muertos por tuberculosis y llegó a las mismas conclusiones de Küss, sobre la infección primaria pulmonar en la infancia. Además, estableció

el hecho de que la infección ocurre por la vía aerógena.

En 1910, Gohn presentó su monumental y clásica monografía sobre el "Foco pulmonar primario de Tuberculosis en los Niños". Decimos monumental, porque estableció de una manera definitiva los hallazgos de Küss y Albrecht. Dice el propio Gohn: "Mis investigaciones se extienden desde el año 1903. Empezaron antes de saber del trabajo de Küss, al cual me llamó la atención el Profesor Escherich, mucho más tarde. Los resultados de mis investigaciones confirman la evidencia presentada por Küss y Albrecht. En realidad, no dicen nada nuevo... Si presento mi trabajo es con el sólo propósito de ampliar algunos puntos sobre los resultados a nuestra disposición..."

¿Cuándo ocurre la infección primaria?

Esta ocurre en la infancia, cuando el niño anda a gatas, o con más frecuencia durante el tercer año de edad. Según Shurmann, en Alemania, a los 18 años de edad, el 96% de las personas tienen la lesión primaria. A los 80, 100% de los seres humanos la han sufrido. La infección es siempre exógena, excepto en los casos raros de infecciones placentarias.

Localización de la Infección.

El pulmón es el órgano más frecuentemente afectado. Según Gohn 92.6% de las infecciones primarias por el bacilo de Koch, ocurren en el pulmón. También, él comprobó que la infección llega al pulmón

* Leído ante el Instituto de Tuberculosis, celebrado por el Departamento Insular de Sanidad en Río Piedras, del 23 al 26 de noviembre de 1939.

por la vía aerógena. El bacilo puede estar suspendido en partículas de polvo, en gotitas diminutas de saliva o de vapor de agua condensado, para poder ser inhalado. El pulmón derecho es más frecuentemente afectado que el izquierdo, y los lóbulos superiores más frecuentemente afectados que los inferiores. La lesión generalmente se localiza bajo la pleura, y varía en tamaño desde un grano de mijo al de una nuez o cereza. El foco pulmonar generalmente es uno, aunque pueden existir dos o más. Gohn contó en 8% las lesiones primarias dobles, en 3% las triples, y en 2% las cuádruples. El bacilo responsable de la infección primaria pulmonar es casi siempre de tipo humano. Esto ha sido comprobado por Blerchlock en Escocia y más recientemente por Opie en los Estados Unidos.

La lesión primaria intestinal sigue en frecuencia a la del pulmón. El bacilo llega al intestino por la deglución de leche o alimentos contaminados. Por lo general es causada por el bacilo de tipo bovino. La lesión se localiza en los conglomerados linfoides de la submucosa, o como sucede frecuentemente en los ganglios mesentéricos. El intestino delgado es el único afectado y esto ocurre muy a menudo cerca de la válvula ileo-cólica.

Otros órganos donde suele localizarse la infección primaria son: la faringe, tonsilas, oído medio y la conjuntiva. Estas lesiones son raras y casi no juegan papel alguno.

¿Cuál es la naturaleza del foco primario pulmonar?

La lesión es una neumonía caseificante, donde el proceso de necrosis ocurre muy temprano en el centro de la lesión. Esta es generalmente regresiva y puede absorberse totalmente sin dejar trazos, o bien puede curar por fibrosis y calcificación. En

algunos casos se forman centros de osificación. El período de curación, en casos regresivos, promedia entre 18 meses y dos años.

Aparte del foco primario pulmonar, enferman también los ganglios linfáticos traqueo-bronquiales (Complejo primario). Cuando el foco primario no es una lesión regresiva, no se encuentran lesiones enquistadas por pared hialina, sino lesiones neumónicas caseosas y cavernas de pared lisa, de varios tamaños. En estos casos los ganglios están extensamente engrosados y destruidos. Este período de caseificación se produce a lo sumo, de tres a cuatro semanas.

Cuando el complejo primario es de carácter progresivo, se extiende de las siguientes formas:

1—Por continuidad.

2—Por irrupción de un foco caseoso, dentro de un bronquio, bien sea éste un ganglio o la lesión primaria pulmonar. De esta manera se da lugar a extensas neumonías caseosas.

3—Por irrupción de material caseoso en vaso sanguíneo, generalmente en una vena pulmonar. La invasión de material infeccioso en el torrente sanguíneo, produce lesiones hematógenas en diversos órganos.

Después de la segunda semana, el organismo se encuentra en un estado de gran sensibilidad, lo cual se prolonga generalmente hasta la cuarta o sexta semana. En este período tiene lugar la generalización metastática del complejo primario por la vía hematógena o linfo-hematógena. El período de la generalización ocurre en las lesiones progresivas o regresivas, aunque las últimas pueden causar metástasis desde ganglios fibro-caseosos, mucho más tarde en la vida del individuo.

El período de la generalización es de importancia capital. Es entonces cuando se echan los cimientos para la llamada tuber-

culosis de origen hematógeno. Los órganos más frecuentemente afectados son los riñones, hiesos y cerebro. El pulmón puede recibir estas lesiones metastáticas, vía el conducto linfático braquio-cefálico, que desemboca al torrente de la pequeña circulación junto al ángulo de la vena yugular izquierda y la subclavia. Esta metástasis puede producir los llamados focos de Simón en los vértices de los pulmones. Los focos tuberculosos de Simón sirven de base para explicar la teoría de origen endógeno de la tuberculosis crónica en el adulto o sea la tuberculosis de reinfección (Van Ranke). Se debe diferenciar éstos de los llamados focos de Puhl, con la misma localización, pero atribuidos a una infección exógena. Ambas teorías se hallan en controversia.

Estas lesiones metastáticas por la vía sanguínea nos traen irremediamente sobre el terreno de la tuberculosis miliar general.

¿Cómo se produce la tuberculosis miliar general?

Solamente puede concebirse que ella pueda ocurrir por mediación del torrente sanguíneo, para poder afectar, al mismo tiempo, órganos distantes unos de los otros. Es necesario una bacilemia del bacilo de Koch. Esto ocurre solamente después del período

de la generalización; esto es, cuando el organismo ha sobrepasado el alto grado de hipersensibilidad del complejo primario, y puede ocurrir durante cualquier período de la vida de un individuo, después del complejo primario establecido. Para que en los siguientes órganos puedan aparecer tubérculos miliares de carácter proliferativo, constituidos por células epitelioides, es necesario que exista cierto grado de inmunidad. La inmunidad comienza a manifestarse casi siempre en la sexta semana después de la infección primaria y dura en una forma relativa mientras existan microbios vivos en algún foco del complejo primario.

Las irrupciones de tubérculos caseosos ocurren con frecuencia debajo de la íntima de un vaso sanguíneo o de un vaso linfático, por ejemplo, el conducto torácico. Los vasos sanguíneos más frecuentemente afectados por estos tubérculos son las venas pulmonares en sus porciones dentro de los pulmones. El tubérculo también puede hallarse en la íntima de un vaso de cualquier órgano o en el órgano en sí, siempre que exista comunicación directa del foco caseoso a un vaso sanguíneo. Los tubérculos, debajo de la íntima de los vasos referidos, se forman durante el período de la generalización del complejo primario. Son, en realidad, focos metastáticos y constituyen una forma peculiar de la llamada tuberculosis orgánica.

LA ASOCIACION MEDICA COMO AUXILIAR EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES SOCIALES*

O. COSTA MANDRY, M. D.

Puerto Rico celebra hoy el día de Higiene Social, dedicado a la lucha contra la sífilis. A la Asociación Médica de Puerto Rico, factor de primera línea en toda campaña sanitaria, le ha sido asignado un puesto de honor en esta cruzada.

La primera mención específica de la sífilis en Puerto Rico de que tenemos noticia es la muerte del Capitán Diego de Salazar, Lugarteniente de Ponce de León, invulnerable a las flechas de los indios pero víctima fácil del terrible mal. Desde entonces la sífilis ha constituido un serio problema en la isla, problema cuya verdadera extensión ha estado enmascarada por la actitud del conglomerado social hacia la enfermedad que la ha considerado como un mal secreto; y, por el hecho de que sus resultados más funestos no aparecen sino décadas después dando lugar a que otras enfermedades intervengan tronchando muchas vidas antes de que la sífilis complete su obra destructiva.

La sífilis es un grave problema de salud pública en nuestra isla que poco a poco, pero de manera progresiva y constante, mina la salud y crea inválidos para el futuro. Estudios llevados a cabo por investigadores científicos estiman la incidencia de la sífilis en un 5% de la población total de la isla, y en un 10% cuando menos para los habitantes de las ciudades. 5% de una población de 2,000,000 de habitantes equivale a 100,000 sifilíticos activos en una extensión aproximada de 3,000 millas cuadradas y dentro de una densidad poblacional

de 530 por milla. Si consideramos que cada caso de sífilis es un eslabón en la cadena de contagio, podemos darnos cuenta del magno problema que esta plaga significa para la comunidad y la responsabilidad gravísima que ésto impone al gobierno y a la clase médica.

La sífilis es curable y el tratamiento del sifilítico constituye la base de toda lucha contra ella. Pero desgraciadamente es una enfermedad que, aunque severa, generalmente no debilita en sus comienzos al paciente hasta el extremo de impedirle sus quehaceres diarios ni de diseminar el morbo. El médico es el eje sobre el que gira la mayor responsabilidad en la campaña antiluética: A su juicio se encomienda el diagnóstico precoz de la enfermedad, su tratamiento y la divulgación de conocimientos médicos que destruyan el error de considerar la sífilis como un mal exclusivamente venéreo, como una enfermedad secreta o como un delito.

La sífilis es ante todo una enfermedad de la adolescencia y la juventud. El 50% de todos los casos ocurren antes de los 25 años de edad. Su curso es capaz de simular cualquier otra dolencia. Como dijo el gran Osler, la sífilis es la gran imitadora y por eso se dice que quien conoce bien todo lo que con ella se relaciona domina por completo el campo de la medicina. Uno de los progresos más grandes en educación sanitaria fué la campaña de enseñanza médica iniciada por el Dr. Parran, que hizo posible la discusión pública, libre de toda reticencia contraproducente, sobre la sífilis, al igual que si de otra enfermedad se tratara.

* Radiodifundida el día de Higiene Social en Puerto Rico, el 1ro. de febrero de 1940.

Hace solamente nueve años que el Dr. Esteban García Cabrera escribía en el boletín de nuestra Asociación:

“La sífilis con el cáncer y la tuberculosis forman hoy las tres grandes plagas sociales. Frente a las otras dos, la sífilis tiene un lugar humilde en la sociedad. Para ella no hay comités de damas, ni partidas de bridge, aunque entre los jugadores siempre haya, sin duda alguna, muchos más sífilíticos que tuberculosos y cancerosos; para ella no hay beneficios en el Cine ni en los teatros, ni hay verbenas ni carreras de caballos; para ella no hay conferencias ni casi discursos. Y es simple y sencillamente por lo desagradable del tema. La sociedad siempre ha sido así. Siempre ha gustado de engañarse y sobresale en esta cualidad cuando se trata de los problemas sexuales.”

Estas líneas expresan la actitud pública de aquella época.

Siguiendo la pauta trazada por el Dr. Parran, el Hon. Comisionado de Sanidad, Dr. E. Garrido Morales, auxiliado hábilmente por el Dr. Ernesto Quintero, ha iniciado hace un año una campaña antisifilítica que está dando ya frutos muy apreciables. En el plan de ataque sistemático para la supresión de la sífilis es indispensable un programa informativo continuo dirigido a los médicos en ejercicio a través de consultores especializados y de gran experiencia sobre diagnóstico, profilaxis, tratamiento y uso del laboratorio. Además deben darse máximas facilidades de labora-

torio para el diagnóstico precoz de la enfermedad, y estimular la colaboración decidida entre el médico particular y el oficial de sanidad. Por último es esencial a una empresa de este tipo obtener la cooperación de la comunidad por medio de una campaña de franca divulgación médica dirigida al público en general.

La Asociación Médica de Puerto Rico ha estado siempre interesada y continuará estándolo en la lucha contra la sífilis. Fué en nuestra Asociación donde germinó el interés por conocer la verdadera extensión de la plaga en la isla. Fué en nuestras asambleas donde se levantó el entusiasmo para erradicar esta enfermedad. Es a ella también, a la Asociación Médica, a quien corresponde hacer cuanto sea posible errando y educando al paciente, colaborando con el Departamento de Sanidad en el diagnóstico, tratamiento, e informe de casos y toda otra medida tendiente a la extinción de la sífilis. Ello redundará en beneficio de nuestra tierra porque las futuras generaciones libres de sífilis serán mejores y más fuertes.

La salud es la suprema ley de un pueblo. Su conservación está en nuestras manos. Demostraremos con orgullo, hoy como antes, que sabemos hacer honor a nuestra profesión. Con laboriosidad y eficacia en el desempeño consciente de nuestros deberes lograremos mantener muy alto el prestigio de la clase médica puertorriqueña.

INFORME DEL SECRETARIO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

AÑO 1939.

Queridos compañeros:

Vuestro secretario tiene este año muy poco que informaros. Los asuntos de mayor interés han sido todos cubiertos en el informe de nuestro presidente; por lo que nos limitaremos a hacer un breve resumen del movimiento de socios habido en nuestra Asociación hasta la fecha, y de las distintas reuniones celebradas durante el año.

Tiene nuestra Asociación en la actualidad, en su registro de socios, 353 compañeros, o sea 9 más que los que tenía el año pasado.

Durante el transcurso del presente año ingresaron a nuestra Asociación 17 compañeros; hubo ocho bajas forzosas, 7 debidas a haber trasladado los compañeros su residencia para los Estados Unidos, y una por haber fallecido nuestro querido colega el Dr. Antonio Blanes.

Es de notarse, que todo el elemento joven va uniéndose a nosotros en nuestro ideal de agrupación, y no estará lejano el día en que todos los médicos autorizados a ejercer la profesión en nuestra isla se convenzan de la gran ventaja que para todos significa el contar con una institución fuerte e indestructible, capaz de dar todas las batallas imaginables en defensa del bienestar común, y del bienestar individual de cada uno de sus asociados.

Es necesario, sin embargo, que todos nos aprestemos a luchar por la más pronta realización de este ideal, y a tal efecto, queremos exhortar una vez más, a todos nuestros compañeros, a que hagan propaganda cerca de todos los amigos que aún pertenecen alejados de nuestra Asociación. Por nuestra parte, nosotros hemos hecho todo

lo posible, durante los dos años que hemos desempeñado esta secretaría, por conseguir este objetivo, y prestos estamos a brindar toda nuestra cooperación en cualquier campaña que con tal objeto decidan iniciar nuestros sucesores.

Reuniones administrativas:

Durante el año que termina, nuestra directiva ha celebrado cinco reuniones, de todas las cuales hemos levantado la correspondiente acta.

Tres de dichas reuniones fueron celebradas conjuntamente con el Consejo, y las otras dos fueron celebradas con el Comité Científico y el Consejo.

También fueron celebradas reuniones de carácter administrativo por las Asociaciones de distrito de San Juan, Ponce, Mayagüez, Aguadilla y Guayama, y en las cuales se procedió a la elección de los nuevos directores y representantes a esta Cámara de Delegados.

Solamente en los distritos de Humacao y Arecibo no se llevaron a efecto reuniones de tal naturaleza.

Reuniones Científicas:

La Asociación ha celebrado este año 10 reuniones de carácter científico; de las cuales siete se llevaron a efecto bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, y las restantes tres, por las asociaciones de los distritos de Guayama, Ponce y Mayagüez.

Todos estos actos de carácter científico han resultado muy lucidos, no solamente por la cantidad de compañeros que han asistido a los mismos, sino que también, por la calidad de los trabajos científicos presentados en cada uno de ellos.

Asociación Médica Americana:

Al igual que el año anterior, hemos prestado durante el transcurso de éste, atención especial a toda la correspondencia que nos ha venido de la Asociación Médica Americana, hemos rendido informes mensuales a dicha institución, de las altas y bajas de socios, habidas en nuestra Asociación, así como de los cambios de residencia ocurridos durante el año. Asimismo, revisamos la lista de los médicos en ejercicio activo en nuestra isla, para ser publicada en la próxima edición del Directorio.

Biblioteca:

La biblioteca de nuestra Asociación sigue recibiendo interesantísimas revistas y otras publicaciones, por canje con el Boletín; pero mientras no se ordene la encuadernación de éstas, continuarán siendo de muy poco valor.

Es necesario, como decíamos en nuestro informe anterior, que a la biblioteca se le de una mayor atención, ya que es ésta una dependencia llamada a brindar a todos los compañeros asociados un gran servicio.

Otras actividades:

En nuestras funciones secretariales durante el 1939, atendimos, como en el pasado año, toda la correspondencia llegada a nuestra oficina, hemos expedido certificaciones en distintos términos a los compañeros que lo han solicitado, y hemos resuelto las solicitudes hechas por algunas organizaciones del país para celebrar sus actos en nuestro edificio.

Acompaña este informe, una relación de las actas levantadas hasta la fecha, así como una relación de los trabajos científicos presentados en las distintas reuniones celebradas durante el 1939.

Al dar término a estas breves notas, deseamos aprovechar la ocasión para expresar, una vez más, nuestro sincero agradecimiento a los compañeros que tan bondadosamente nos dispensaron el honor de elegirnos para desempeñar este cargo, y desear a nuestro sucesor un lisonjero éxito.

Muy respetuosamente,

JOSE CHAVES, M. D.
Secretario.

RELACION DE LAS ACTAS LEVANTADAS HASTA EL DIA 8 DE DICIEMBRE DE 1939.

:	:	:	:
:	Reunión de la	:	Fecha
:	:	:	Número de páginas
:	:	:	:
:	Directiva y Consejo	:	Enero 17
:	:	:	14
:	Directiva y Consejo	:	Abril 25
:	:	:	7
:	Directiva y Consejo	:	Junio 7
:	:	:	18
:	Directiva, Consejo y Comité Científico	:	Sept. 28
:	:	:	7
:	Directiva, Consejo y Comité Científico	:	Nov. 1
:	:	:	10
:	:	:	:

RELACION DE TRABAJOS CIENTIFICOS PRESENTADOS EN DISTINTAS REUNIONES CELEBRADAS POR LA ASOCIACION DURANTE EL AÑO 1939

Enero 20, 1939:

"Where the Body meets the Mind", por el Dr. Benjamín Karpman. (Auspiciada por la Asociación Médica del Distrito de San Juan).

Febrero 9, 1939:

"Salt and Water Balance in Health and Disease", por el Dr. John Eiman. (Auspiciada por la Asociación Médica del Distrito de San Juan).

Febrero 27, 1939:

"Tumores del cerebro", por el Dr. Peter Bassoe. (Auspiciada por la Asociación Médica del Distrito de San Juan).

Junio 29, 1939:

"El fenómeno urémico y el fenómeno encefalopático hipertensivo en las nefritis y en la hipertensión eseneial," por el Dr. A. Fernós Isern. (Auspiciada por la Asociación Médica del Distrito de San Juan).

Julio 28, 1939:

"Symposium sobre Sulfanilamida", por los doctores Suárez, Noya Benítez, Busó y Blanes. (Auspiciada por la Asociación Médica del Distrito de San Juan).

Julio 30, 1939:

"Tratamiento de las pneumonias", por el Dr. Ramón M. Suárez.

"Tratamiento del Linfogramuloma Inguinal", por el Dr. José Noya Benítez.

"Mis impresiones sobre el funcionamiento de la Clínica de Enfermedades Venéreas del Gobierno Federal en Hot Springs", por el Dr. Antonio Guijarro.

"Flujos vaginales - etiología, patología y tratamiento", por el Dr. A. García Soltero.

"Tonsilectomía - sus indicaciones", por el Dr. C. E. Muñoz McCormick.

"Complicaciones post-operatorias de la tonsilectomía", por el Dr. Eduardo R. Pérez.

"Presentación de dos casos de obstrucción intestinal por adherencias", por el Dr. Pablo M. Bonelli.

(Auspiciadas por la Asociación Médica del Distrito de Guayama).

Agosto 18, 1939:

"Symposium sobre el tratamiento quirúrgico de la catarata senil", por los doctores Kronenberg, y Luis y Ricardo F. Fernández. (Auspiciada por la Asociación Médica del Distrito de San Juan).

Septiembre 28, 1939:

"La Radioterapia en las Inflamaciones", por los doctores Pedro Ramos Casellas y José Landrón. (Auspiciada por la Asociación Médica del Distrito de San Juan).

Noviembre 5, 1939:

"Diagnóstico roentgenológico del cáncer del pulmón", por el Dr. M. Guzmán Rodríguez.

"Requisitos técnicos para el éxito en la radioterapia de los cánceres de la matriz", por el Dr. I. González Martínez.

"Úlcera primaria del Yeyuno", por el Dr. William R. Gelpí.

"Ateleetasia pulmonar", por el Dr. L. A. Passalacqua.

"Piotórax", por el Dr. Guillermo Salazar.

"Serum and Sulphapyridine Therapy in the Treatment of Pneumonias", por el Dr. Donald F. Gowe.

(Auspiciada por la Asociación Médica del Distrito de Ponce).

INFORME DEL TESORERO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Año 1939

Compañeros:

Las actividades de la tesorería a nuestro cargo durante el año que termina han sido más o menos una repetición de las llevadas a cabo en el año 1938. A fin de no cansaros, nos limitaremos en esta ocasión a informaros, en forma concisa, de las más sobresalientes.

Al igual que el año anterior, hicimos durante el transcurso de éste, todas las gestiones posibles para lograr robustecer las áreas de nuestra Asociación. En varias ocasiones nos dirigimos por carta a todos los compañeros, suplicándoles nos hicieran efectiva su cuota, y hasta amenazamos con dar de baja a aquellos que nos adeudaban más de dos años.

Utilizamos para el cobro de San Juan y pueblos cercanos los servicios de un cobrador. Pudimos notar, sin embargo, que esta forma de realizar los cobros no nos estaba

rindiendo tan buenos resultados como esperábamos cuando recomendamos su implantación, y que el reducido aumento registrado durante los primeros diez meses del año en las cuotas cobradas en este distrito, no justificaba la erogación en que estábamos incurriendo por concepto de comisión.

Los ingresos de nuestra Asociación por concepto de cuotas hasta la hora en que redactamos estas líneas ascienden a la cantidad de \$2,426.00. Sin embargo, a juzgar por nuestra experiencia del año anterior, no dudamos que dicha cifra habrá de ser mejorada notablemente antes de que termine nuestra asamblea, ya que es costumbre de varios compañeros posponer el pago de las cuotas hasta esta ocasión.

En la tabla que insertamos a continuación esclarecemos el status de los 353 miembros con que actualmente cuenta nuestra Asociación, para con esta tesorería:

:	:	:	:
:	No. de miembros	:	Cantidad por cobrar
:	:	:	:
:	Médicos al día	140
:	Adendan un semestre	37	\$ 222.00
:	Adendan un trimestre	1	3.00
:	Adendan un año	76	912.00
:	Adendan año y medio	29	518.00
:	Adendan dos años	31	739.00
:	Adendan cantidades mayores	36	1,479.00
:	Miembros honorarios	3
:	:	:	:
:	TOTAL	353	\$3,873.00

De la anterior tabla se desprende que hay un total de 36 compañeros que si aún aparecen en nuestro registro de socios se debe, única y exclusivamente, al extremado espíritu de tolerancia que ha prevalecido, no

sólo en esta directiva, sino que también en aquellas que nos han precedido.

A dichos compañeros se les han dado todas las oportunidades imaginables, para que pudiesen saldar sus cuentas, sin embar-

go, ninguno de ellos ha demostrado tener el más mínimo interés en seguir perteneciendo a nuestra agrupación.

En vista de ello, nos parece lógico que los nombres de dichos compañeros sean eliminados de nuestra lista de socios.

Boletín de la Asociación:

Este ha seguido publicándose con toda regularidad, bajo la competente dirección de nuestro estimado colega, el Dr. Martínez Rivera, y como en años anteriores, ha rendido algún beneficio económico a la Asociación.

Insignias para carros:

Del pedido de insignias para carros que hicieramos el año pasado, sólo cinco nos quedan en la actualidad, las cuales, con toda probabilidad, serán vendidas muy en breve.

Nos permitimos recomendar a nuestro sucesor el tener siempre en existencia estos emblemas, ya que constantemente se reciben órdenes de compañeros de toda la isla, y su venta nos proporciona un pequeño beneficio.

Alquiler de locales:

Otro ingreso con que anualmente cuenta nuestra Asociación es el obtenido por concepto de alquiler de locales para exhibición.

El de este año monta a la cantidad de \$465.00.

Gastos Generales:

Además de los gastos en que incurrimos para el mantenimiento de nuestra oficina, este año hemos tenido otros cuantos extras, entre lo. cuales sobresalen los siguientes:

1—Sufragar los gastos de viaje de un eminente profesional del continente, quien habrá de tomar parte activa en el programa científico que se desarrollará durante los días de la asamblea.

Según tenemos entendido, es esta la primera vez que nuestra Asociación dispone fondos para este particular. Es nuestro parecer que éste es un buen precedente, ya que si en algo estarían bien invertidos los fondos de nuestra Asociación, sería en brindar a todos sus miembros la oportunidad de oír la autorizada palabra de distinguidos hombres de ciencia del extranjero. Si esta costumbre prevaleciera, estamos seguros que nuestras asambleas irían convirtiéndose, año tras año, en verdaderos acontecimientos científicos.

2—Reparación de nuestro edificio —pintura general y construcción de una puerta de caoba para la entrada principal.

3—Compra de una maquinilla reconstruida.

Resumen:

Al rendir nuestro informe anterior teníamos en caja la cantidad de \$3,270.52, y un total de \$1,062.15 por cobrar.

La situación actual de nuestra tesorería es como sigue:

Balance en caja — — — — —	\$4,584.12
Se nos adeuda por anuncios en el Boletín — — — — —	517.75
Se nos adeuda por alquiler de locales — — — — —	390.00
Se nos adeuda por insignias de carros — — — — —	17.50
Insignias por vender — — — — —	12.50
TOTAL — — — — —	\$5,521.87

Como habrán notado, no incluimos en la anterior declaración lo que se nos adeuda por cuotas, aún cuando, como dijimos al principio, esperamos cobrar una suma considerable por tal concepto durante el transcurso de esta asamblea.

En cuanto a deudas, sólo tenemos algunas de poca monta, y las cuales no han sido cubiertas aún por haber sido contraídas en días recientes.

La situación económica de nuestra Asociación, queridos compañeros, no puede ser más halagadora. Poco a poco, el standard económico de nuestra organización, ha ido mejorando, y estamos seguros de que, mediante una buena administración, habrá de llegar el día en que ésta podrá emprender obras de verdadero provecho para todos sus asociados.

Vaya por último, nuestra sincera expresión de gratitud para todos los compañe-

ros que con nosotros han cooperado al mejor desenvolvimiento de esta tesorería, y para nuestro sucesor, el deseo de un continuado éxito.

Acompañamos a este informe los siguientes escritos:

1—Estado de Ingresos y Egresos habidos desde el 1ro. de enero del año en curso hasta la fecha en que cerramos nuestros libros — diciembre 1ro.

2—Lista de las firmas que nos adeudan por concepto de anuncios en el Boletín, y alquiler de locales.

3—Listas de los compañeros que nos adeudan por concepto de cuotas.

4—Estados mensuales de las operaciones hechas por esta tesorería.

Muy respetuosamente,

ANTONIO ORTIZ, M. D.
Tesorero

PROYECTO DE LEY DE COLEGIACION PRESENTADO A LA CAMARA DE DELEGADOS
Y QUE SERA SOMETIDO A DISCUSION EN LA ASAMBLEA MAGNA CITADA PARA EL
DIA 3 DE MARZO DE 1940.

PROYECTO DE LEY

PARA DETERMINAR LA ORGANIZACION
DEL COLEGIO DE MEDICOS DE PUERTO
RICO, ESPECIFICAR SUS FUNCIONES
Y DEBERES, Y PARA OTROS FINES.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

DISPOSICIONES GENERALES

Sección 1.—Por la presente se constituye a los profesionales con derecho a ejercer la medicina en la isla de Puerto Rico, siempre que la mayoría de aquellos así lo acuerde en referendum que al efecto se celebrará según se dispone más adelante, en entidad jurídica o corporación, cuasi pública bajo el nombre de Colegio de Médicos (Asociación Médica) de Puerto Rico y con domicilio en la capital.

Sección 2.—El Colegio de Médicos de Puerto Rico tendrá facultad:

- (a) Para subsistir a perpetuidad bajo ese nombre;
- (b) Para demandar y ser demandado, como persona jurídica;
- (c) Para poseer y usar un sello que podrá alterar a su voluntad;
- (d) Para adquirir derechos y bienes, tanto muebles como inmuebles, por donación, legado, tributos entre sus propios miembros, compra o de otro modo; y poseerlos, hipotecarlos, arrendarlos y disponer de los mismos en cualquier forma;
- (e) Para nombrar sus directores y funcionarios y oficiales, que se elegirán

en número de once de los cuales corresponderán uno por lo menos a cada distrito senatorial;

- (f) Para adoptar su reglamento, que será obligatorio para todos los miembros, según lo disponga la Asamblea prevista en la sección 15 de esta Ley o, en su defecto, la Junta de Gobierno que más adelante se establece; y para enmendar aquél, en la forma y bajo los requisitos que en el mismo se estatuyen;
- (g) Para adoptar o implantar los cánones de ética profesional que regirán la conducta de los médicos;
- (h) Para recibir e investigar las quejas que se formulen respecto a la conducta de los miembros en ejercicio de la profesión, pudiendo remitirlas a la Junta de Directores para que actúen, y después de una vista preliminar, en la que se dará oportunidad al interesado o su representante, si encontrara causa fundada instituir el correspondiente procedimiento de destitución. Nada de lo dispuesto en este apartado se entenderá en el sentido de limitar o alterar la facultad del Tribunal de Médicos para iniciar por su propia cuenta estos procedimientos;
- (i) Para proteger a sus miembros en el ejercicio de la profesión, y, mediante la erección de montepios, sistema de seguro y fondos especiales, o en cualquier otra forma, socorrer a aquellos que se retiren por inhabilidad física o avanzada edad y a los beneficiarios de los que fallezcan;
- (j) Para ejercitar las facultades inci-

dentales que fueren necesarias o convenientes a los fines de su creación y funcionamiento que no estuvieren en desacuerdo con esta Ley.

Sección 3.—Celebrada la primera junta general del colegio, ninguna persona que no sea miembro del mismo podrá ejercer la profesión de médico en esta Isla;

MIEMBROS

Sección 4.—Al organizarse el Colegio serán miembros ipso facto, todos los médicos debidamente autorizados a ejercer la profesión de médico cirujano en Puerto Rico y cumplan los deberes que esta ley les señala; disponiéndose que después de organizado el colegio, únicamente podrán ser admitidos aquellos que estén autorizados por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico y que sean ciudadanos de los Estados Unidos de América.

ORGANIZACION

Sección 5.—Regirá los destinos del colegio, en primer término su asamblea general; y en segundo término, su Junta de Gobierno.

Sección 6.—Los oficiales del colegio, quienes a su vez lo serán de la Junta de Gobierno, consistirán de presidente, vicepresidente, secretario, tesorero, auditor y seis vocales. El secretario y auditor serán residentes de la capital.

Sección 7.—El reglamento establecerá delegaciones de distrito senatorial u organismos locales que habrán de elegirse o designarse, funcionar y cumplir sus deberes en la forma y bajo las condiciones que el propio reglamento señale; pero la elección o designación de quienes hayan de constituirlos se hará, salvo el caso de dejación de tal facultad, por los miembros del colegio que residen o tengan su oficina en las respectivas de-

marcaciones de las delegaciones u organismos.

Sección 8.—El reglamento dispondrá lo que no se haya previsto en la presente Ley, incluyendo lo concerniente a funciones, deberes y procedimientos de todos sus organismos y oficiales; convocatorias; fechas, QUORUM, forma y requisitos de las asambleas generales, ordinarias y extraordinarias y sesiones de la Junta de Gobierno; elecciones de directores y oficiales; comisiones permanentes; presupuestos; inversión de fondos y disposición de bienes del colegio; término de todos los cargos, creación de vacantes y modo de cubrirlos.

CUOTAS

Sección 9.—Cada año los miembros del colegio pagarán una cuota de doce dólares (\$12.00) en la fecha o en los plazos que fije el reglamento.

Sección 10.—Cualquier miembro que no pague su cuota y que en los demás respectos esté calificado como miembro del colegio quedará suspendido como tal miembro, pero podrá rehabilitarse mediante el pago de lo que adeude por aquel concepto.

Sección 11.—Será deber de todo médico adherir a cada certificación médica, no importa su índole, con las excepciones que se especifican, un sello que el colegio adoptará y expedirá por el valor de \$ DIS-PONIENDOSE, que las certificaciones de defunción serán exceptuadas de este requisito lo mismo que las de matrimonio que sean expedidas por médicos de Sanidad o Municipales a insolventes.

Toda medicina de patente o fórmula registrada, que se venda en la Isla de Puerto Rico, anualmente será inscrita en la Secretaría del Colegio mediante el pago de un sello de..... que será expedido por el colegio. El incumplimiento de esta disposición aparece delito..... con multa de.....

Se dispone además que el 60% de lo recaudado por estos conceptos ingresará en un "trust fund" para ser utilizado únicamente para un seguro médico o montepío de los miembros del Colegio.

PENALIDADES

Sección 12.—Toda persona que sin ser debidamente admitida y licenciada para el ejercicio de la profesión de médico cirujano, según se dispone por esta Ley, o que durante la suspensión de su licencia practique como persona capacitada y autorizada para ello, será culpable de delito menos grave y convicta que fuere quedará sujeta a las penalidades estatuidas por el artículo 9 de la ley 22 de 1931 que regula el ejercicio de la profesión médica en Puerto Rico. Para los efectos de este artículo, se entenderá que una persona ejerce o practica la medicina cuando dicha persona se representa a sí misma como capaz de diagnosticar, curar, aplicar tratamiento, operar o recetar en un caso humano cualquiera de enfermedad, dolor, lesión, deformidad o condición física anormal o defectuosa, y quien ofrezca o intente, por cualquier medio o método, diagnosticar, curar, aplicar tratamiento, operar o recetar en un caso humano cualquiera de enfermedad, dolor, lesión, deformidad o condición física anormal o defectuosa.

DEBERES Y OBLIGACIONES DEL COLEGIO

Sección 13.—El Colegio de Médicos de Puerto Rico tendrá como deberes y obligaciones las siguientes:

- (a) Contribuir al adelanto de la medicina en Puerto Rico y de las artes y ciencias relacionadas a ésta.
- (b) Determinar medidas de protección mutua, estrechando los lazos de

amistad y compañerismo entre los miembros que la constituyen.

- (c) Establecer relaciones con asociaciones análogas de otros países, dentro de determinadas reglas de solidaridad y cortesía.
- (d) Coadyuvar a una Legislación razonable y justa, especialmente en cuanto tenga ella relación con la profesión de médico.
- (e) Ayudar y cooperar en todo lo posible al mejoramiento de la salud pública en nuestra isla y al desarrollo y mejoramiento de los servicios médicos a los necesitados.
- (f) Cooperar con el Gobierno en toda obra médica.
- (g) Evacuar los informes y consultas que sobre asuntos médicos pueda reclamar el Gobierno.
- (h) Sostener una saludable y estricta moral profesional entre los asociados.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Sección 14.—Dentro de los treinta (30) días siguientes a la vigencia de esta Ley y para el objeto indicado en su sección 1ra. el presidente de la Junta Examinadora de Médicos de Puerto Rico nombrará una comisión de referendun compuesta de un Presidente y no menos de seis (6) ni más de doce (12) miembros que sean médicos autorizados debiendo estar representados los siete (7) distritos ninguno de los cuales tendrá más de tres (3) representantes quienes serán residentes bona fide del distrito. La comisión, cuyos miembros podrán delegar por documento su representación a otros colegas residentes de sus respectivos distritos, procederá utilizando la vía postal u otro medio adecuado, a consultar por escrito a los médicos que a la sazón tengan derecho a ser miembros del colegio, si de-

sean o no que se constituya el colegio según previene esta Ley. Las contestaciones deberán ser categóricas en la afirmativa o negativa; habrán de ser firmadas de puño y letra del interesado, y estarán sujetas a la libre inspección del médico que lo solicite. Una vez que la mayoría se haya pronunciado en favor o en contra, la comisión dará cuenta de ello por escrito al presidente de la Junta Examinadora de Médicos, quien a su vez lo hará al Gobernador y Secretario Ejecutivo a los fines de esta Ley.

Sección 15.—De ser afirmativo el resultado del referendun dispuesto, la comisión referida en la sección anterior se convertirá en Comisión Convocatoria a Asamblea y en tal carácter, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber hecho la comunicación prevista al final de la sección 14, convocará a todos los médicos que para esa fecha tengan derecho a ser miembros del colegio a la asamblea general que, con tal fin de dejar electa la primera Junta de Gobierno y resolver sobre el reglamento del colegio por la presente creado, se celebra-

rará en la ciudad de San Juan el décimoquinto día de la publicación de la convocatoria, en no menos de tres periódicos de circulación general en el país. Si no llegaren a doscientos los presentes en la primera asamblea así convocada, ésta no podrá celebrarse; pero los que hayan concurrido podrán por mayoría designar fecha para nueva citación que se hará con idénticos fines y en igual forma que la anterior, sin que entre una y otra transcurran menos de treinta (30) días. En segunda convocatoria la asamblea podrá celebrarse con cualquier número de médicos que asistan y los acuerdos o resoluciones que se adopten por la mayoría de los presentes serán válidos.

Sección 16.—Si cualquiera cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de esta Ley fuere declarada anticonstitucional por un tribunal de jurisdicción competente, dicho fallo no afectará o invalidará las otras disposiciones de esta Ley, sino que su efecto quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de esta Ley que así fuere declarado.



DR. MANUEL DÍAZ GARCÍA

Distinguido compañero fenecido en esta capital el día 26 de enero último.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII FEBRERO, 1940 Número 2

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

NOTAS EDITORIALES

DR. MANUEL DIAZ GARCIA

Violamos a sabiendas lo que nos consta siempre fué el deseo de aquel querido amigo, pues en más de una ocasión nos suplicó que no hiciéramos comentario alguno sobre su personalidad o sobre su obra; pero como la amistad y el afecto jamás cerraron las puertas al cumplimiento del deber, ni obligaron la conciencia a traicionar los dictados de la razón, o se prestaron a ahogar los sentimientos nobles que libremente emanan del alma, obedecemos los impulsos del corazón — que aún se contrae adolorido al evocar el recuerdo de tan apreciado compañero — y dejamos que nuestra pluma trace estas líneas, saturadas de legítima angustia, que si bien no son necesarias para extender a la posteridad la fama de sus virtudes, o para resguardar su memoria contra los estragos y las injurias del tiempo y del olvido, porque hombres como Manuel Díaz García pertenecen, por derecho propio, en los círculos más íntimos de la gloria, podrán, quizás, servir de estímulo a la pre-

sente y a futuras generaciones de brillantes médicos jóvenes, cuando sientan sus fuerzas flaquear al llegar a sus almas el desaliento y la nostalgia que nacen del choque brusco que resulta al venir en contacto un ser bueno como aquél, con las ingraticudes y las decepciones que siempre serán hijas del mundanal vivir.

Para esos jóvenes es que escribimos, porque la figura cumbre de Manuel Díaz García puede servirles de brújula y de estrella polar, que los guíe y los oriente en sus luchas diarias, y a la vez les ilumine el camino, lleno de abrojos, porque es necesario marchar en pos del triunfo y de la gloria.

No hemos de hablar sobre quién fué el Dr. Manuel Díaz García, ni decir cuál fué su obra, porque era tan conocido dentro y fuera de la profesión médica, que resultaría prolijo repetir aquí sus datos biográficos, que todos conocemos, máxime cuando otro distinguido colega nos relata, con mayor brillantez, algunos de ellos en otro lugar de este mismo número; y además, y sobre todo, porque creemos que para escribir algo digno de su personalidad y sus ejemplaridades, según los dictados de nuestro criterio, necesitaríamos — y estamos muy lejos de ello — poseer pluma de fuego y diamante, que fuera capaz de esculpir, cual en imperecedero granito, adecuado panegírico, digno de tan noble y leal compañero.

Nos limitaremos más bien a dar riendas a nuestro dolor y a dejar que de nuestra pluma caigan sus negras lágrimas, adecuado símbolo de nuestra pena, para que, junto a ellas, nuestros ojos lloren la pérdida de aquel buen amigo, que conocimos hace 25 años, cuando aún estudiaba su carrera de medicina, en la que tantos y tan merecidos triunfos habría de alcanzar.

Podemos asegurar que desde el primer instante entablamos una amistad que el tiempo sólo sirvió para acentuar y acen-

drar más y más, porque "Manolo", como todos cariñosamente le llamábamos, poseía el dulce imán que sabe atraer los corazones, y era dueño, en alto grado, del don de adentrarse fácilmente en el cariño y el afecto de cuantos tenían la fortuna de conocerle. Era franco, jovial, campechano, sincero, servicial, desinteresado y siempre dispuesto a ayudar a cuantos de él necesitaban, pues jamás conoció distinciones de razas, credos políticos, o bienes de fortuna.

En todo momento estuvo dispuesto a servir a su país en todos los campos en que creyó podía serle útil, pero sin dejar de ser, ante todo: *médico*. No titubeamos para asegurar que, siendo como era por su competencia, habilidad y brillantez, el "cirujano predilecto" de Puerto Rico y el mimado de las "altas clases sociales", fueron más los infelices desheredados de la fortuna a quienes arrancó de las garras de la muerte sin recibir remuneración alguna, que los acaudalados que le pagaron por sus servicios, porque para él, servir a la humanidad doliente era un placer, y luchar contra la muerte, su "deporte favorito".

Entre las múltiples virtudes de Díaz García, eran dignas de especial admiración: su laboriosidad y su modestia. Trabajó desmesuradamente en su profesión por cerca de 25 años; sirvió a su país con el máximo de sus energías, que eran muchas, y de su habilidad, que era inmensa; dió a su pueblo y a las clases necesitadas el caudal de su ciencia, sin reservas, sin cortapisas y sin limitaciones de ninguna índole; jamás supo de horas de oficina ni cerró sus puertas al más infeliz que a ellas llegara en busca de un lenitivo para sus males, de un consuelo para sus dolencias, o de una ayuda material para sus necesidades; todos encontraban en él, no sólo al médico sagaz, al cirujano hábil y desinteresado, al clínico perspicaz y estudioso, sino además, al amigo y al consejero, que siempre, con una

sonrisa a flor de labios, estaba presto para atender a todo aquel que reclamaba su ayuda; y es que Manolo era "todo corazón", y aquel corazón era todo oro, pero de oro de los más altos quilates y la más virginal pureza; cuantos nos honramos con su amistad así lo reconocíamos. Por eso, en la hora de su muerte, oímos a muchos de sus más íntimos amigos y colegas decir con sobradísima razón: "A Manolo lo ha llevado a una muerte prematura el exceso de trabajo y de corazón."

Hombre que descolló en cuantos campos de la vida dirigió sus pasos, fué siempre sumamente modesto. Así vemos, que a pesar de que en su profesión había llegado a ser uno de los más grandes cirujanos que Puerto Rico jamás ha producido, de quien en justicia podemos decir, con Fray Francisco de Peralta: "los siglos pasados no conocieron otro igual en tu país, el presente no lo tuvo mejor, y el futuro oírá con envidia tu nombre, por no haberlo gozado como uno de los suyos"; sinembargo, casi hubo que forzarlo a aceptar la presidencia de nuestra Asociación, cargo que supo prestigiar, y al vencer su término, declinó una reelección, que hubiera sido suya si así lo hubiese deseado.

En política llegó a ser vice-presidente de la Alianza Puertorriqueña, persona de gran influencia, que arrastraba enormes masas, que lo seguían, no sólo por la gratitud que a él debían, sino además, porque reconocían los méritos que él poseía; pero cuando un día se enfrentó con aquel dilema que le quiso poner frente a lo que él consideraba era traicionar y poner en peligro la candidatura senatorial de un íntimo amigo suyo, amigo con quien se pretendía ponerlo en pugilato, no vaciló en renunciar, no sólo la candidatura que se le quería imponer, sino que hasta amenazó con abandonar el partido. Así era siempre Manuel Díaz García.

Manolo sabía el verdadero valor del mé-

rito, comprendía que: “el mérito busca la ciencia y la verdad; es humilde; es lo que más bienes ha dado a la tierra; es invariable y eterno; reina siempre por una razón de espíritu inmortal; tiene por patronos la historia, todos los siglos y todo el mundo; y finalmente, tras él suele venir una corona”, que si bien a veces es de espinas, siempre lo es de gloria.

Desde hacía más de dos años él sabía, sin temor a dudas, que estaba herido de muerte, pero con el mismo valor del águila que es alcanzada por el rayo durante su vuelo, y que no pliega sus alas ni va en busca del refugio de su nido, sino que sigue remontando, cada vez más alto, de cara al sol, hasta que, falta de energías, se desploma exánime, así fué aquel gran luchador, aquel invariable amigo, aquel buen puertorriqueño, cuya pérdida irreparable hoy todos lloramos.

Murió con un valor estoico, con aplomo y serenidad, dignas de mejor suerte. Viéndolo sufrir en aquel lecho de dolor, jamás se le oyó como a Avanzoar, lamentarse de que:

*“A muchos de la muerte he libertado
Pero yo no me puedo libertar”.*

Mas bien diríase que era uno de aquellos filósofos griegos de la escuela de Zenón, y que con ellos parecía repetir: “Poseo un tesoro que nadie en el mundo puede arrebatarme; pues no hay ser capaz de privarme de la muerte”. ¡Digno epílogo de tan noble vida!

¡Hasta luego, Manolo! ¡Hasta luego mi viejo amigo!

E. Martínez Rivera, M. D.

DR. MANUEL DIAZ GARCIA

In memoriam

El viernes 26 del pasado mes de enero y a las dos y veinte minutos de la tarde, entregó su alma al Creador el notable cirujano cuyo nombre encabeza estas líneas. Si fuéramos a escribir todo cuanto se refiere a la destacada personalidad de este hijo de Esculapio no tendríamos espacio suficiente, aún en el caso de que pudiéramos disponer de todas las páginas de esta revista. Nos vamos a limitar a hacer una síntesis de la vida interesante de este profesional cuya muerte han de llorar todos

cuantos le conocieron y amaron.

El Dr. Díaz García hijo de una estimada familia puertorriqueña nació en Barcelona. A temprana edad fué enviado a los Estados Unidos y en “Temple University” de Filadelfia, cursó con notable brillantez la carrera de medicina. De regreso a su patria trabajó algún tiempo en la Clínica Miramar que fundó el ya fenecido Dr. López Antongiorgi que fué también uno de los más distinguidos cirujanos en nuestro país.

Díaz García pasó a Río Piedras y de Río Piedras a San Juan. En los hospitales municipales de esta capital realizó una obra quirúrgica de tal magnitud que su pericia fué reconocida y proclamada por todos sus compañeros. Su fama pronto emuló por toda la isla y ya desde este momento las horas del día le eran pocas para estudiar y hacer cirugía. El año 1925 renunció la plaza que venía desempeñando y desde este momento pensó en la construcción de una clínica, que respondiera a las exigencias de la cirugía moderna: alrededor de su destacada personalidad convergió la iniciativa de profesionales y de amigos y el edificio fué rápidamente construido y la inauguración de la clínica que hoy lleva su nombre fué un hecho. Es aquí donde la figura del Dr. Díaz García se agiganta: su capacidad intelectual, su brillantez en el diagnóstico y la magia de su bisturí consolidan su fama que sale entonces de los límites de nuestra pequeña isla para proclamarlo como un sobresaliente cirujano en el mundo científico extranjero.

Pero hay algo más en este hombre, que muere a los 45 años; hay algo más que sus probadas habilidades en el campo difícil de la cirugía: él ha realizado un apostolado que de seguro le habrá ganado la bienaventuranza de los cielos: acá en la tierra ha dejado millares de corazones entristecidos por su muerte prematura. El Dr. Díaz

García menospreciaba los beneficios materiales y jamás perdió su tiempo en especulaciones mercenarias. Si había necesidad de una operación a cualquier hora del día o de la noche para salvar una vida, acudía siempre alegre, sonriente, generoso, y lo mismo los pobres que los ricos encontraban en él al hombre bueno cuyo mayor deleite espiritual era moverse siempre al calor de la más relevante caridad cristiana.

El dolor de sus amigos, de sus compañeros en la profesión y del pueblo en general tuvo elocuente exteriorización en la tarde del sábado al ser conducido su cadáver desde su residencia en Hato Rey hasta el cementerio de Río Piedras. El féretro que guardaba sus amados restos mortales fué cargado por los hijos del pueblo en ennobecedora porfía. Todo lo más distinguido de la sociedad de San Juan se confundió con los elementos populares que tanto deben al que fué hábil cirujano y cuyo corazón estuvo siempre abierto al ejercicio de las más nobles virtudes y cuya mano tantas vidas salvó.

La clase médica puertorriqueña pierde uno de sus más ilustres profesionales: la sociedad en general pierde un corazón de oro. Al cerrar sus ojos a la vida terrena los abre en los reinos de la gloria perdurable.

Paz a sus restos.

Dr. Víctor Gutiérrez Ortíz



rito, comprendía que: “el mérito busca la ciencia y la verdad; es humilde; es lo que más bienes ha dado a la tierra; es invariable y eterno; reina siempre por una razón de espíritu inmortal; tiene por patronos la historia, todos los siglos y todo el mundo; y finalmente, tras él suele venir una corona”, que si bien a veces es de espinas, siempre lo es de gloria.

Desde hacía más de dos años él sabía, sin temor a dudas, que estaba herido de muerte, pero con el mismo valor del águila que es alcanzada por el rayo durante su vuelo, y que no pliega sus alas ni va en busca del refugio de su nido, sino que sigue remontando, cada vez más alto, de cara al sol, hasta que, falta de energías, se desploma exánime, así fué aquel gran luchador, aquel invariable amigo, aquel buen puertorriqueño, cuya pérdida irreparable hoy todos lloramos.

Murió con un valor estoico, con aplomo y serenidad, dignas de mejor suerte. Viéndolo sufrir en aquel lecho de dolor, jamás se le oyó como a Avauzoar, lamentarse de que:

*“A muchos de la muerte he libertado
Pero yo no me puedo libentar”.*

Mas bien diríase que era uno de aquellos filósofos griegos de la escuela de Zenón, y que con ellos parecía repetir: “Poseo un tesoro que nadie en el mundo puede arrebatarme; pues no hay ser capaz de privarme de la muerte”. ¡Digno epílogo de tan noble vida!

¡Hasta luego, Manolo! ¡Hasta luego mi viejo amigo!

E. Martínez Rivera, M. D.

DR. MANUEL DIAZ GARCIA

In memoriam

El viernes 26 del pasado mes de enero y a las dos y veinte minutos de la tarde, entregó su alma al Creador el notable cirujano cuyo nombre encabeza estas líneas. Si fuéramos a escribir todo cuanto se refiere a la destacada personalidad de este hijo de Esculapio no tendríamos espacio suficiente, aún en el caso de que pudiéramos disponer de todas las páginas de esta revista. Nos vamos a limitar a hacer una síntesis de la vida interesante de este profesional cuya muerte han de llorar todos

cuantos le conocieron y amaron.

El Dr. Díaz García hijo de una estimada familia puertorriqueña nació en Barceloneta. A temprana edad fué enviado a los Estados Unidos y en “Temple University” de Filadelfia, cursó con notable brillantez la carrera de medicina. De regreso a su patria trabajó algún tiempo en la Clínica Miramar que fundó el ya fenecido Dr. López Antongiorgi que fué también uno de los más distinguidos cirujanos en nuestro país.

Díaz García pasó a Río Piedras y de Río Piedras a San Juan. En los hospitales municipales de esta capital realizó una obra quirúrgica de tal magnitud que su pericia fué reconocida y proclamada por todos sus compañeros. Su fama pronto cundió por toda la isla y ya desde este momento las horas del día le eran pocas para estudiar y hacer cirugía. El año 1925 renunció la plaza que venía desempeñando y desde este momento pensó en la construcción de una clínica, que respondiera a las exigencias de la cirugía moderna: alrededor de su destacada personalidad convergió la iniciativa de profesionales y de amigos y el edificio fué rápidamente construído y la inauguración de la clínica que hoy lleva su nombre fué un hecho. Es aquí donde la figura del Dr. Díaz García se agiganta: su capacidad intelectual, su brillantez en el diagnóstico y la magia de su bisturí consolidan su fama que sale entonces de los límites de nuestra pequeña isla para proclamarlo como un sobresaliente cirujano en el mundo científico extranjero.

Pero hay algo más en este hombre, que muere a los 45 años; hay algo más que sus probadas habilidades en el campo difícil de la cirugía: él ha realizado un apostolado que de seguro le habrá ganado la bienaventuranza de los cielos: acá en la tierra ha dejado millares de corazones entristecidos por su muerte prematura. El Dr. Díaz

García menospreciaba los beneficios materiales y jamás perdió su tiempo en especulaciones mercenarias. Si había necesidad de una operación a cualquier hora del día o de la noche para salvar una vida, acudía siempre alegre, sonriente, generoso, y lo mismo los pobres que los ricos encontraban en él al hombre bueno cuyo mayor deleite espiritual era moverse siempre al calor de la más relevante caridad cristiana.

El dolor de sus amigos, de sus compañeros en la profesión y del pueblo en general tuvo elocuente exteriorización en la tarde del sábado al ser conducido su cadáver desde su residencia en Hato Rey hasta el cementerio de Río Piedras. El féretro que guardaba sus amados restos mortales fué cargado por los hijos del pueblo en ennobecedora porfía. Todo lo más distinguido de la sociedad de San Juan se confundió con los elementos populares que tanto deben al que fué hábil cirujano y cuyo corazón estuvo siempre abierto al ejercicio de las más nobles virtudes y cuya mano tantas vidas salvó.

La clase médica puertorriqueña pierde uno de sus más ilustres profesionales: la sociedad en general pierde un corazón de oro. Al cerrar sus ojos a la vida terrena los abre en los reinos de la gloria perdurable.

Paz a sus restos.

Dr. Víctor Gutiérrez Ortíz



NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

REUNIONES DEL MES

Durante el mes en curso se han celebrado en nuestra Asociación las siguientes reuniones de carácter administrativo:

Febrero 10—Reunión ordinaria de la Junta Directiva de la Asociación, conjuntamente con el Consejo y varios miembros de la Junta Editora del Boletín, Comité de Contacto y Comité de Práctica de la Medicina.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. David E. García
Dr. Miguel F. Godreau
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. R. Mejía Ruíz
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. M. Rodríguez Ema
Dr. M. Espinosa Robledo
Dr. Arsenio Comas
Dr. R. Rodríguez Molina
Dr. Agustín R. Laugier

Febrero 17—Reunión extraordinaria de la Cámara de Delegados.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. David E. García
Dr. Miguel F. Godreau
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. R. Mejía Ruíz
Dr. William R. Gelpí
Dr. José N. Gándara
Dr. Pedro A. Castaing
Dr. L. A. Balasquide

Dr. C. Muñoz McCormick
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. R. Ruíz Nazario
Dr. Domingo Nochera
Dr. Laureano Trelles
Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. José S. Belaval
Dr. Víctor J. Montilla
Dr. A. García Soltero
Dr. Gregorio Igartúa
Dr. Guillermo Marqués

También estuvieron presentes en esta reunión, por haber sido invitados por el presidente, los siguientes compañeros:

Dr. M. Quevedo Báez
Dr. I. González Martínez
Dr. E. García Cabrera
Dr. Héctor Bladuell
Dr. Ramón H. Señeriz
Dr. F. Hernández Morales

En esta reunión se discutió extensamente el proyecto de colegiación de la clase médica del país, proyecto que publicamos en otra sección, para conocimiento de nuestros compañeros.

Tras un prolongado debate, la Cámara, por mayoría, se expresó en contra de dicha medida, acordando a la vez que sea sometida al referendum de los asociados para determinar el sentir de la mayoría de nuestros socios.

Enero 17—Comité de Hospitales.

Asistentes: Dr. Ramón H. Señeriz
Dr. William R. Gelpí
Dr. F. Hernández Morales

Enero 24—Reunión extraordinaria de la Cámara de Delegados.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
 Dr. Eduardo R. Pérez
 Dr. David E. García
 Dr. M. Pujadas Díaz
 Dr. Félix Alfaro Díaz
 Dr. R. Mejía Ruiz
 Dr. Luis M. Morales
 Dr. C. Muñoz McCormick
 Dr. E. Martínez Rivera
 Dr. José S. Belaval
 Dr. M. Rodríguez Ema
 Dr. William R. Gelpí
 Dr. Guillermo S. Marqués

Esta reunión fué convocada a petición de la cuarta parte de los miembros de la Cámara, con el objeto de reconsiderar el acuerdo tomado en la reunión del día 17, en el sentido de que fuera sometido a referendun de los miembros de la Asociación, el proyecto de colegiación de la clase médica puertorriqueña.

Tras un corto debate, la Cámara decidió, por unanimidad que el proyecto antes mencionado sea sometido a la consideración de todos los miembros de la Asociación, en asamblea magna, que con tal fin se celebrará el día 3 del próximo mes.

Sesiones científicas:

Tal como habíamos anunciado en nuestro número anterior, durante los días 31 de enero y 1.º de febrero, llevóse a efecto una sesión científica bajo los auspicios de la Asociación Médica de Puerto Rico, la Asociación Dental de Puerto Rico y el Club de Pensilvania, en la cual tomaron parte los siguientes distinguidos profesionales del Norte:

Dr. G. Morris Piersol, Profesor de medicina en la Universidad de Pensilvania.
 Dr. Robert H. Ivy, Profesor de cirugía maxilofacial de la Escuela de Medicina y la Escuela Dental de la Universidad de Pensilvania.

Dr. Damon B. Pfeiffer, Cirujano-en-jefe de los hospitales Lankenau y Abington Memorial, Profesor Asociado de Cirugía de la Universidad de Pensilvania.

Dr. John Eiman, Patólogo del Abington Memorial Hospital.

Dr. Rafael Deshon, Cirujano Dental-en-jefe del Abington Memorial Hospital.

Dr. Frederick A. Bothe, del staff de cirujanos del Hospital Presbiteriano de Filadelfia.

El programa confeccionado, se llevó a efecto tal como habíamos informado en nuestra nota anterior, y dejó demostrado, de manera concluyente, la gran preparación de estos ilustres colegas.

Los actos sociales realizados durante los dos días que duró esta asamblea, resultaron sumamente animados, y tanto el lunch servido en el Hospital de Distrito de Bayamón, por cortesía de los médicos de Sanidad, como el banquete formal con que fueron obsequiados los médicos y dentistas visitantes, y sus esposas, dejó sumamente complacidos a todos los que tuvimos la oportunidad de estar presentes.

Descamos hacer llegar, por medio de esta nota, nuestra más cordial felicitación a los organizadores de este acto científico-social, y a los distinguidos hombres de ciencia que en él participaron, nuestro sincero agradecimiento por su valiosísima aportación y vehementemente desco de que hayan disfrutado de muy gratas impresiones durante su permanencia en nuestra isla.

En la noche del 24 de los eursantes, llevóse a efecto en el edificio de nuestra Asociación, otro acto de carácter científico, que no dudamos, resultó igualmente, de gran interés para todos los que a él concurrimos.

En esta ocasión tuvimos el honor de oír a otro eminente colega americano: el Dr. James Howard Means, Profesor de medi-

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

REUNIONES DEL MES

Durante el mes en curso se han celebrado en nuestra Asociación las siguientes reuniones de carácter administrativo:

Febrero 10—Reunión ordinaria de la Junta Directiva de la Asociación, conjuntamente con el Consejo y varios miembros de la Junta Editora del Boletín, Comité de Contacto y Comité de Práctica de la Medicina.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. David E. García
Dr. Miguel F. Godreau
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. R. Mejía Ruíz
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. M. Rodríguez Ema
Dr. M. Espinosa Robledo
Dr. Arsenio Comas
Dr. R. Rodríguez Molina
Dr. Agustín R. Laugier

Febrero 17—Reunión extraordinaria de la Cámara de Delegados.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. David E. García
Dr. Miguel F. Godreau
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. R. Mejía Ruíz
Dr. William R. Gelpí
Dr. José N. Gándara
Dr. Pedro A. Castaing
Dr. L. A. Balasquide

Dr. C. Muñoz McCormick
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. R. Ruíz Nazario
Dr. Domingo Nochera
Dr. Laureano Trelles
Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. José S. Belaval
Dr. Víctor J. Montilla
Dr. A. García Soltero
Dr. Gregorio Igartúa
Dr. Guillermo Marqués

También estuvieron presentes en esta reunión, por haber sido invitados por el presidente, los siguientes compañeros:

Dr. M. Quevedo Báez
Dr. I. González Martínez
Dr. E. García Cabrera
Dr. Héctor Bladuell
Dr. Ramón H. Señeriz
Dr. F. Hernández Morales

En esta reunión se discutió extensamente el proyecto de colegiación de la clase médica del país, proyecto que publicamos en otra sección, para conocimiento de nuestros compañeros.

Tras un prolongado debate, la Cámara, por mayoría, se expresó en contra de dicha medida, acordando a la vez que sea sometida al referendun de los asociados para determinar el sentir de la mayoría de nuestros socios.

Enero 17—Comité de Hospitales.

Asistentes: Dr. Ramón H. Señeriz
Dr. William R. Gelpí
Dr. F. Hernández Morales

Enero 24—Reunión extraordinaria de la Cámara de Delegados.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
 Dr. Eduardo R. Pérez
 Dr. David E. García
 Dr. M. Pujadas Díaz
 Dr. Félix Alfaro Díaz
 Dr. R. Mejía Ruiz
 Dr. Luis M. Morales
 Dr. C. Muñoz McCormick
 Dr. E. Martínez Rivera
 Dr. José S. Belaval
 Dr. M. Rodríguez Ema
 Dr. William R. Gelpí
 Dr. Guillermo S. Marqués

Esta reunión fué convocada a petición de la cuarta parte de los miembros de la Cámara, con el objeto de reconsiderar el acuerdo tomado en la reunión del día 17, en el sentido de que fuera sometido a referendun de los miembros de la Asociación, el proyecto de colegiación de la clase médica puertorriqueña.

Tras un corto debate, la Cámara decidió, por unanimidad que el proyecto antes mencionado sea sometido a la consideración de todos los miembros de la Asociación, en asamblea magna, que con tal fin se celebrará el día 3 del próximo mes.

Sesiones científicas:

Tal como habíamos anunciado en nuestro número anterior, durante los días 31 de enero y 1.º de febrero, llevóse a efecto una sesión científica bajo los auspicios de la Asociación Médica de Puerto Rico, la Asociación Dental de Puerto Rico y el Club de Pensilvania, en la cual tomaron parte los siguientes distinguidos profesionales del Norte:

Dr. G. Morris Piersol, Profesor de medicina en la Universidad de Pensilvania.

Dr. Robert H. Ivy, Profesor de cirugía maxilofacial de la Escuela de Medicina y la Escuela Dental de la Universidad de Pensilvania.

Dr. Damon B. Pfeiffer, Cirujano-en-jefe de los hospitales Lanckenau y Abington Memorial, Profesor Asociado de Cirugía de la Universidad de Pensilvania.

Dr. John Eiman, Patólogo del Abington Memorial Hospital.

Dr. Rafael Deshou, Cirujano Dental-en-jefe del Abington Memorial Hospital.

Dr. Frederick A. Bothe, del staff de cirujanos del Hospital Presbiteriano de Filadelfia.

El programa confeccionado, se llevó a efecto tal como habíamos informado en nuestra nota anterior, y dejó demostrado, de manera concluyente, la gran preparación de estos ilustres colegas.

Los actos sociales realizados durante los dos días que duró esta asamblea, resultaron sumamente animados, y tanto el lunch servido en el Hospital de Distrito de Bayamón, por cortesía de los médicos de Sanidad, como el banquete formal con que fueron obsequiados los médicos y dentistas visitantes, y sus esposas, dejó sumamente complacidos a todos los que tuvimos la oportunidad de estar presentes.

Deseamos hacer llegar, por medio de esta nota, nuestra más cordial felicitación a los organizadores de este acto científico-social, y a los distinguidos hombres de ciencia que en él participaron, nuestro sincero agradecimiento por su valiosísima aportación y vehemente deseo de que hayan disfrutado de muy gratas impresiones durante su permanencia en nuestra isla.

En la noche del 24 de los cursantes, llevóse a efecto en el edificio de nuestra Asociación, otro acto de carácter científico, que no dudamos, resultó igualmente, de gran interés para todos los que a él concurrimos.

En esta ocasión tuvimos el honor de oír a otro eminente colega americano: el Dr. James Howard Means, Profesor de medi-



Ilustres visitantes que tomaron participación en la reunión celebrada por la Asociación Médica de Puerto Rico, la Asociación Dental de Puerto Rico, y el Club de Pensilvania, durante los días 31 de enero y 1ro. de febrero. Sentados, de izquierda a derecha, Dr. Robert H. Iry, Dr. Damon B. Pfeiffer, Dr. Morris Fiersol, Dr. John Eiman, de pie, en el mismo orden, Dr. Frederick A. Bothe y Dr. Rafael Deshon.

cina en la Universidad de Harvard, ex-presidente del Colegio Americano de Médicos, y autoridad reconocida internacionalmente en las enfermedades de la glándula tiroides, quien de manera magistral disertara sobre "Problemas de la Tiroides".

Al reiterar nuestra efusiva felicitación a los actuales directores de la Asociación, por el magnífico programa científico que han venido desarrollando, deseamos hacer llegar nuestra gratitud al distinguido profesional visitante, quien encontrándose de paso en Puerto Rico, tuvo la gentileza de acceder gustoso, a la invitación que le fuera hecha para que dictara una conferencia a la clase médica del país.

*Dres. George C. Payne y
Florence K. Payne:*

Después de haber convivido entre nosotros por espacio de más de 14 años, han partido recientemente rumbo a Méjico, donde habrán de continuar su fructífera labor, como representantes de la Fundación Rockefeller, los estimados compañeros, esposos George C. Payne y Florence K. Payne.

Al embarcar rumbo a Méjico, los esposos Payne dejan en esta tierra, que llegaron a querer como la propia de ellos, una pléyade de verdaderos amigos, que supieron conquistar con su trato afable y cortés.

Lamentamos sinceramente la partida de tan queridos amigos, y deseémosle una serie de continuados triunfos en su nueva residencia.

*Asociación Médica del Distrito
de Ponce:*

El día 9 del cursante mes, la Asociación Médica del Distrito de Ponce, celebró su reunión anual para la elección de la Directiva y delegados para el año en curso, re-

sultando electos los siguientes compañeros:

Presidente: Dr. William R. Gelpí.
Vice-Pres.: Dr. Calixto Rodríguez
Secretario: Dr. Pedro A. Castaing.
Tesorero: Dr. Manuel M. Baralt.
Delegados: Dr. Lorenzo Balasquide y Dr. José N. Gándara.
Suplentes: Dr. Jaime Costas Díaz y Dr. Osvaldo Goyco.

Reciban estos compañeros nuestra cordial felicitación por tan merecida elección, y nuestro sincero deseo de un lisonjero éxito en el desempeño de sus funciones.

Nuevos miembros:

Recientemente han ingresado a nuestra Asociación los siguientes compañeros:

Dr. Levis C. Babcock — San Juan
Dr. Agustín Sánchez — San Juan
Dr. Carlos A. Quilichini — Ponce
Dr. Roberto Serra Colón — Ponce
Dr. R. J. Jiménez López — Santurce
Dr. Alexander T. Cooper — San Juan
Dr. Andrés S. Meléndez — Bayamón
Dr. José R. González Flores — Ponce
Dr. Leandro Santos — Ponce
Dr. Juan Roberto Aguayo — Caguas
Dr. Robert E. Pfuetze — Santurce
Dr. Jaime F. Pou Valldejuli — Hato Rey
Dr. Fernando H. Janer — Toa Alta
Dr. Manuel Baralt — Ponce
Dr. Tomás Ferrer Delgado — Mayagüez
Dr. Edelmiro J. Cabán — Mayagüez

Dr. John W. Hart:

Acompañado del Sr. E. E. Rassow, Manager de la Proprietary Agencies, Inc., de esta capital, nos dispensó atenta visita el Dr. John W. Hart, Director Asociado de Investigaciones de los Laboratorios de la

Winthrop Chemical Company, en Albany, N. Y., quien ha venido a nuestra isla en viaje de inspección.

Deseamos al Dr. Hart muy gratas impresiones durante su permanencia en nuestra isla.

Dr. James H. Semans:

Recientemente estuvo de visita en nuestra isla, como huésped del Hon. Presidente

del Senado de Puerto Rico, don Rafael Martínez Nadal, el Dr. James H. Semans, miembro del staff del Brady Institute de la Universidad de Johns Hopkins, en Baltimore.

El Dr. Semans tuvo oportunidad de visitar diversos hospitales e instituciones médicas de nuestro país, saliendo muy bien impresionado de su gira por distintas poblaciones de la isla.

ULTIMAS PUBLICACIONES MEDICAS

TRATADO DE OBSTETRICIA

Publicado bajo la dirección del Profesor

Dr. A. Doderlein

Con la colaboración de 20 eminentes especialistas. Tres tomos, con un total de 2551 páginas, 659 figuras y 5 láminas en negro y color.

La segunda edición española del "Tratado de Obstetricia" publicado bajo la dirección del Profesor Dr. A. Doderlein con la colaboración de los más eminentes especialistas alemanes, que a su aparición, hace 15 años, fué considerado por la clase médica universal como el más completo en su género, constituye propiamente una nueva obra que en nada recuerda a la primera edición española, ya que en la presente se recogen todas las novedades que en el campo de la Obstetricia se han producido hasta el momento actual, conteniendo el libro

gran número de capítulos enteramente nuevos, como los relativos al embarazo extrauterino y a la interrupción artificial del embarazo, cuyas indicaciones tanto difieren de lo admitido hasta hace pocos años. Constituyen, asimismo, una novedad los capítulos referentes a la infección puerperal en cuyo proceso se ha comprobado la trascendencia de las trombosis venosas, habiéndose conseguido curaciones por medio de la ligadura de la vena cava inferior (Warnekros) que cutran de lleno en la categoría de lo maravilloso. Con finalidades económicas se ha reducido el texto cuanto ha sido posible sin menoscabo de su principal contenido, y de este modo la presente edición sólo comprende tres tomos. Por todo ello consideramos que esta obra continuará ocupando un lugar preeminente entre sus similares y será de obligada consulta para todos los médicos que dedican su actividad profesional a esta importante rama de la Medicina.

ANNOUNCEMENT OF VAN METER PRIZE AWARD

The American Association for the Study of Goiter again offers the Van Meter Prize Award of Three Hundred Dollars and two honorable mentions for the best essays submitted concerning original work on problems related to the thyroid gland. The Award will be made at the annual meeting of the Association which will be held at Rochester, Minnesota on April 15th, 16th and 17th, providing essays of sufficient merit are presented in competition.

The competing essays may cover either clinical or research investigations; should not exceed three thousand words in length; must be presented in English; and a typewritten double spaced copy sent to the Corresponding Secretary, Dr. W. Blair Mosser, 133 Biddle Street, Kane, Pennsylvania

not later than March 15th.

The Committee, who will review the manuscripts, is composed of men well qualified to judge the merits of the competing essays. Dr. T. L. Althausen of the University of California received the Award for the year 1939 in recognition of his essay entitled "A Study of the Influence of the Thyroid Gland on the Digestive Tract".

A place will be reserved on the program of the annual meeting for presentation of the Prize Award Essay by the author if it is possible for him to attend. The essay will be published in the Annual Proceedings of the Association. This will not prevent its further publication, however, in any Journal selected by the author.

If children with active pulmonary tuberculosis outlive the first year of illness, they have a good chance of recovering completely. Holm, S., *Acta Paediatrica*, June, 1939.

The unsolved problems related to the tubercle bacillus remain infinite and tuberculosis remains the greatest killer of man during the most useful period of his life. Editorial, *Jour. of Amer. Med. Assn.*, Nov., 1939.

Experiments are being carried on with the inhalation of aluminum dust to prevent silicosis. Metallic aluminum on being converted into hydrated alumina reduces the toxicity of quartz in tissues chiefly by coating the quartz particles with an insoluble and impermeable coating. Aluminum dust

may be inhaled independently of the silicious dust. In lungs where the hydrated alumina is shown on staining to be intimately and uniformly mixed with the silica particles, fibrosis has never been found. J. J. Dewey et al., *Canadian Med. Assn. Jour.*, Mar., 1939.

A seven year survey of the incidence of tuberculosis in New York City conducted by the City Health Department indicates that about 2.5% of the population is afflicted with the disease and that about 85% of those so afflicted are unaware of the fact. The highest percentage of tuberculosis - 5.3% - is to be found among the city's homeless men and the lowest among the college students - 0.2%. New York City Department of Health, 1940.

Catarros Nasales...

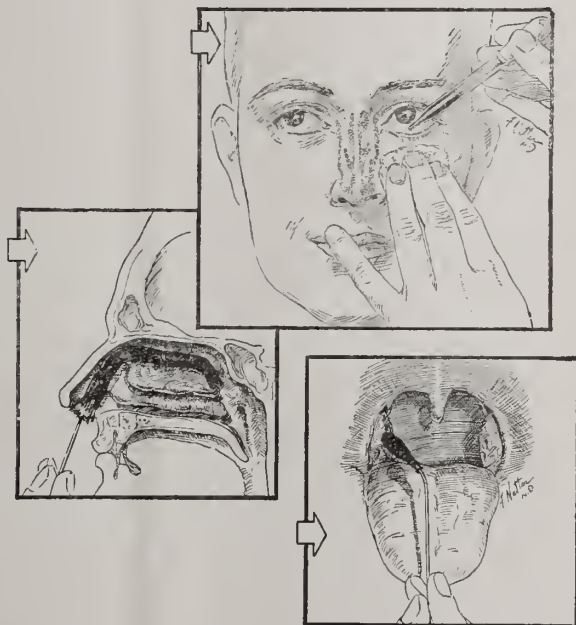
UN ATAQUE "TRIPLE" CON ARGYROL

1. Las agobiadas víctimas de un catarro nasal reciben frecuentemente marcado alivio cuando se emplea el ataque "triple" con ARGYROL.

El ARGYROL, instilado en el ojo, ayuda a despejar cualquier conjuntivitis co-existente. Entonces pasa por el punto lagrimal y el conducto nasolagrimal a los meatos nasales inferiores; combatiendo la infección en su trayecto.

2. Para el tratamiento directo de la rinosinusitis, el método Dowling de taponamiento nasal ha adquirido considerable aprobación. Un tapón empapado de ARGYROL se introduce bien arriba en las cavidades nasales, entre el cornete y el septo.

3. Las fauces, las amígdalas y la faringe pueden untarse entonces por completo con la solución de ARGYROL.



El empleo del ARGYROL, de estos tres modos, expulsa los organismos invasores de todos sus sitios de alojamiento, e inevitablemente acelera la resolución del catarro.

La admirable combinación de propiedades calmantes y bactericidas características de la solución de ARGYROL, jamás ha podido ser igualada por ninguna de sus imitaciones. ARGYROL — la proteína de plata original y benigna, es químicamente distinta de todas las demás. ARGYROL contiene plata en un estado de subdivisión coloidal mucho más fino. El ultramicroscopio demuestra un grado mucho mayor de movimiento browniano. La proteína contenida en ARGYROL se

adapta específicamente a este fin.

Las concentraciones de los iones de hidrógeno y de plata del ARGYROL han sido especialmente reguladas para el tratamiento de las delicadas membranas mucosas. Las diferencias entre el ARGYROL y otras sales de plata tienen mucho que ver con la irritación observada por los médicos cuando se usan como sustituto proteínas de plata suaves, supuestamente equivalentes.

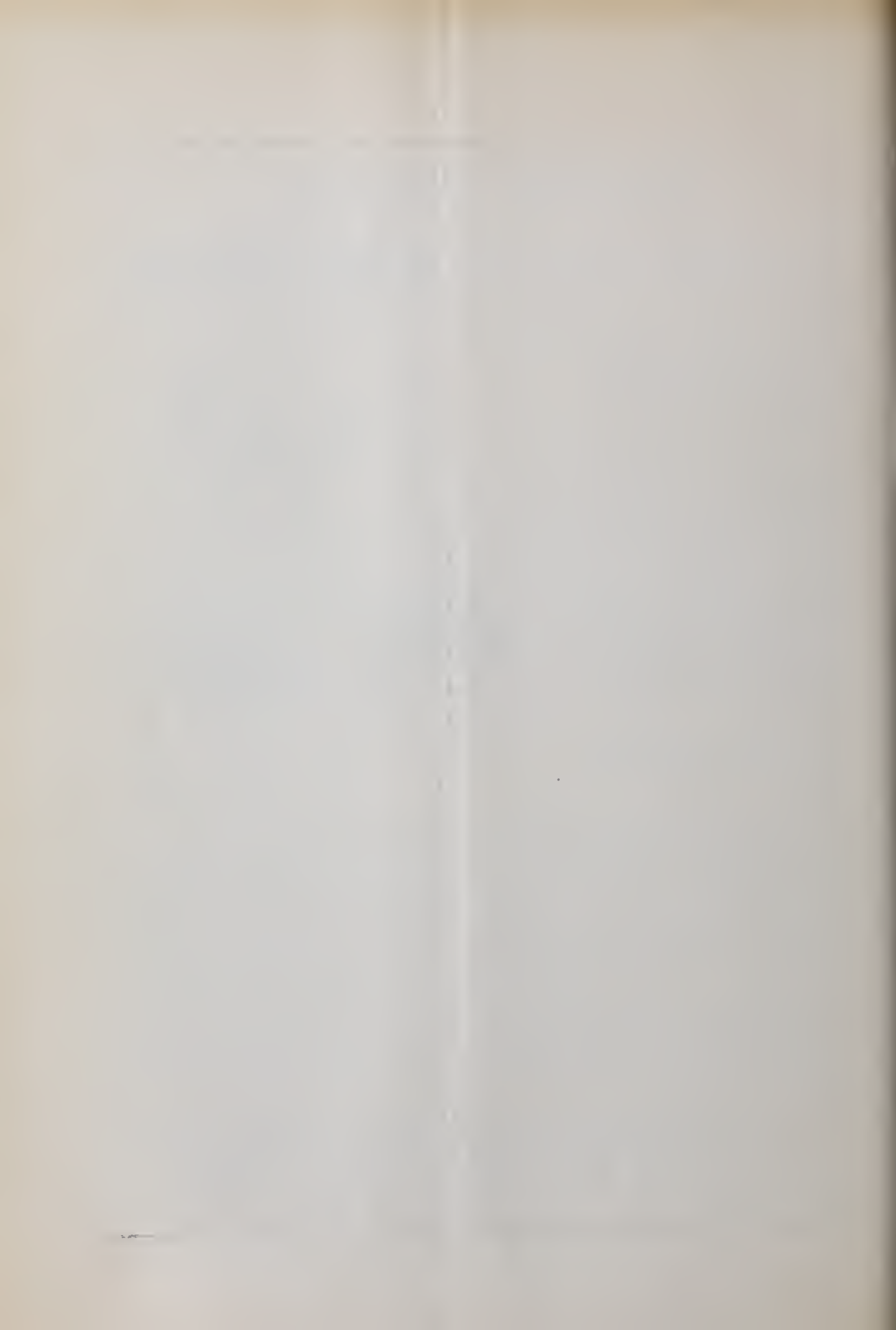
Para obtener exactamente los resultados que usted espera, especifique siempre el nombre BARNES en todas las soluciones que prescriba.

ARGYROL es fabricado solamente por A. C. BARNES

A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.

Desde hace 38 años, Fabricantes Exclusivos del ARGYROL y el OVOFERRIN

"Argyrol" es una marca de fábrica registrada, propiedad de la A. C. Barnes Co., Inc.



BELLERGA L

Asociación de pequeñas dosis en proporciones sinérgicas de *Bellafolina*, inhibidor del vago, de *Gynergen*, frenador electivo del simpático, y de feniletil-malonilurea, sedante de acción central.

Estabilizador del sistema nervioso en su conjunto. Tratamiento del terreno neuropático, de las distonias neuro-vegetativas, en los estados nerviosos o depresivos, del eretismo nervioso, ansiedad, etc.

POSOLOGIA:

De 2 a 5 grageas (excepcionalmente 6) al día.



SANDOZ

ENVASES:

Frasquito de 25 grageas

Frasco de 100 grageas.

Para muestras y literatura dirijase a

SANDOZ CHEMICAL WORKS, INC.

61-63 VAN DAM ST.

NEW YORK, N. Y.

TIN-TABS (COLE)

En el tratamiento de las
LESIONES ESTAFILOCOCCICAS DE LA PIEL

Tin Tabs (óxido de zinc, 1/3 gr.; zinc metálico, 1 4/5 gr.; amilum, 1gr.; sucrosa, 1 gr.) ha sido empleado con éxito en el tratamiento no-quirúrgico de las lesiones estafilocócicas de la piel. Su administración tiende a aumentar la resistencia hacia los Estafilococos, produciendo así la rápida desaparición de las manifestaciones de la infección. Por lo regular las lesiones disminuyen en tamaño, desaparece el dolor y la reabsorción se produce prontamente. Frecuentemente se evita la supuración con el uso temprano de Tin-Tabs (Cole), y por lo general no es necesario recurrir a la incisión. Los Tin Tabs (Cole) son usados en el tratamiento de furúnculos, carbunclos y orzuelos. Cuando el caso lo indique, conjuntamente con Tin Tabs podrán usarse compresas calientes.

Gustosamente enviaremos literatura descriptiva a solicitud.

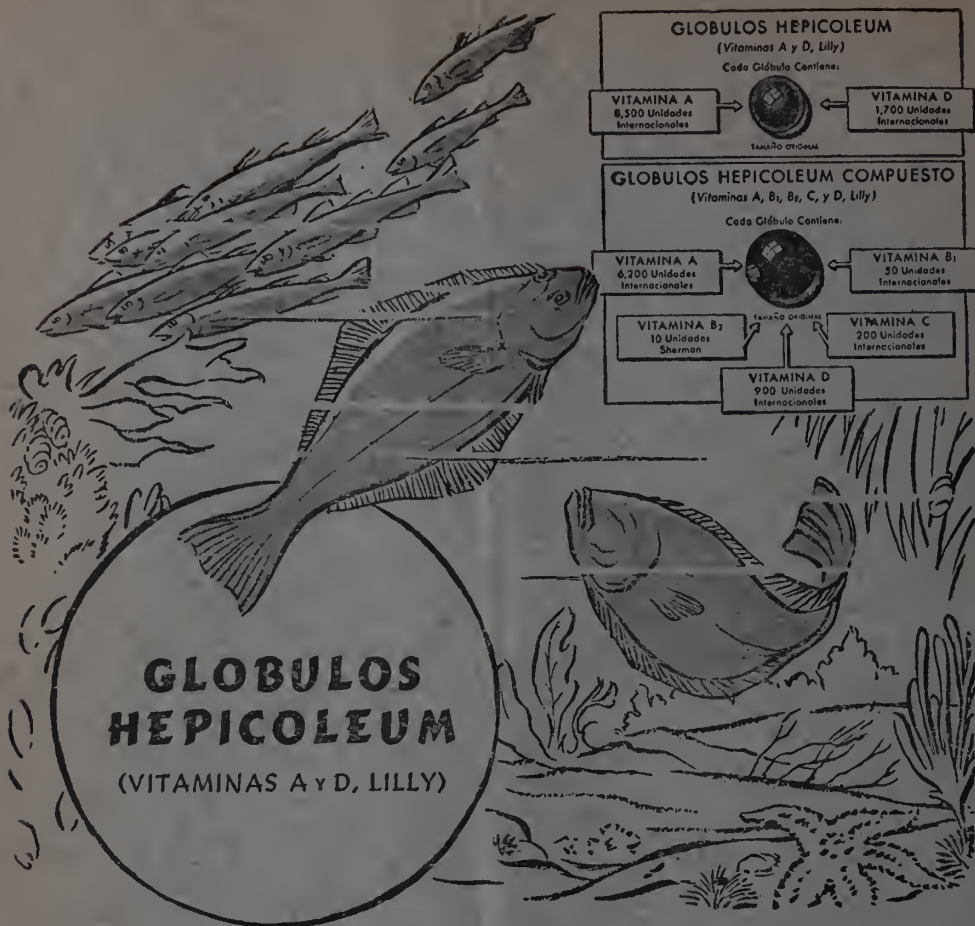
COLE CHEMICAL CO.

ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donnell No. 12, Box 1017 - San Juan, P. R.



Preparado con aceites de hígados de pescado de alta potencia vitamínica. Cada glóbulo contiene: Vitamina A, 8,500

unidades internacionales; Vitamina D, 1,700 unidades internacionales, en aceite de hígados de pescado, 0.18 cc.

GLOBULOS HEPICOLEUM COMPUESTO (VITAMINAS A, B₁, B₂, C, y D, LILLY)

Para el tratamiento o la profilaxis de avitaminosis múltiples. Cada glóbulo contiene: Vitamina A, 6,200 unidades internacionales; Vitamina D, 900 unidades internacionales (contenidas en aceite de hígados de pescado, 0.2 cc.);

Vitamina B₁, 50 unidades internacionales; Vitamina B₂, 10 unidades Sherman; Vitamina C, 200 unidades internacionales (Ácido Ascórbico, 10 mg); Reactivo de Lloyd, c.s. para hacer un glóbulo.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

11 APR 1940

Año XXXII

MARZO, 1940

Número 3

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



	<i>Página</i>
The Severe Acute Nutritional Disturbances of Infants, Antonio Ortíz, M. D., Santurce, P. R.....	75
Algunas consideraciones sobre las hemorragias tardías del puerperio, L. A. Balasquide, M. D., F.A.C.S., Ponce, P. R.	86
Diseminación de las bacterias en la corriente circulatoria después de la extracción de los dientes, Rafael Deshon, D.D.S., Philadelphia, Pa.	92
La importancia del diagnóstico temprano en la Tuberculo- sis Pulmonar, Miguel F. Godreau, M. D., Guayama, P. R.	96
La gonorrea desde el punto de vista de salud pública, Er- nesto Quintero, M. D., Santurce, P. R.	98
La preparación académica como base del éxito profesional, O. Costa Mandry, M. D., Santurce, P. R.	101
EDITORIAL	
Dr. José S. Arrache	104
Noticias Médico-Sociales	108

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

TIPOGRAFÍA SAN JUAN

DRENOBIL =OHR=

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

PRODUCTO DE:

“ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS OHR”

SAN JUAN, P. R.

Distribuidor en Puerto Rico:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.

L A S A

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

F O R M U L A

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c.c.
Jarabe savia de pino	50 c.c.
Jarabe bálsamo tolú	60 c.c.
Glefina	150 c.c.

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

Enrique Vélez Posada

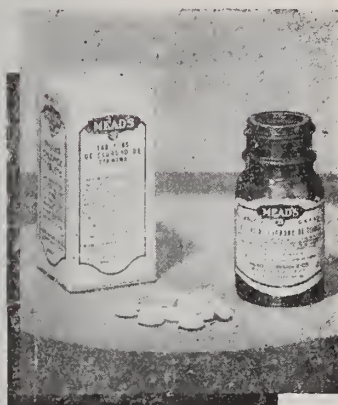
Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

30 APR 1940

Tres NUEVOS PRODUCTOS Mead

Tabletas de Cloruro de Tiamina de Mead

★ *Vitamina B₁, el factor antineurítico.* Cada tableta contiene 0.67 mg. de cloruro de tiamina, equivalente a 200 Unidades Internacionales de vitamina B₁. Indicadas en la anorexia, desnutrición, desarrollo subóptimo, atonía intestinal y en polineuritis cuando se sospeche deficiencia de vitamina B₁; también en el embarazo y la lactancia para mantener las reservas; específico para el beriberi. Las Tabletas de Cloruro de Tiamina de Mead son perfectamente solubles, por lo que se prestan admirablemente para administrar a lactantes. Indispensables para los enfermos sometidos a dietas rigurosas y los que sufren de una deficiencia grave de vitamina B₁. Este producto puede emplearse en combinación con la Levadura de Cerveza de Mead que, además de vitamina B₁, contiene la B₂ y los otros factores del complejo vitamínico B.



Frascos de 50 y 250 tabletas

Tabletas de Acido Nicotínico de Mead

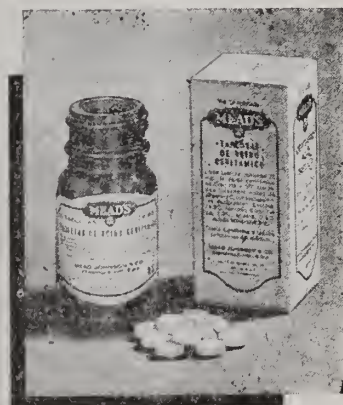
★ *El factor antipelágroso.* Cada tableta contiene 20 mg. de la substancia activa. Las Tabletas de Acido Nicotínico de Mead son rápidamente eficaces en el tratamiento de la pelagra, y por manifestar a menudo los pelagrosos una variedad de deficiencias, pueden emplearse en combinación con la Levadura de Cerveza de Mead, que suministra vitamina B₁, así como también los otros factores del complejo vitamínico B, además de una cantidad moderada del factor antipelágroso.



Frascos de 50 tabletas

Tabletas de Acido Cevitámico (Ascórbico) de Mead

★ *Vitamina C, el factor antiescorbútico.* Cada tableta contiene 25 mg. de vitamina C (500 Unidades Internacionales) equivalente a 50 c.c. de jugo de naranja. Las Tabletas de Acido Cevitámico de Mead pueden suplir satisfactoriamente a los jugos de frutas cuando éstos están contraindicados, como, por ejemplo, en los casos de alergia, úlceras gastro-intestinales, diabetes, etc. Resultan también de gran valor en los casos en que se debe restringir la alimentación como en niños prematuros. Indicadas también en los estados caracterizados por rápido agotamiento de vitamina C, tal como en las fiebres, hipermetabolismo, infecciones, etc. Las Tabletas de Acido Cevitámico de Mead se disuelven fácilmente en los líquidos y proporcionan un medio rápido y económico para suministrar la vitamina C.



Frascos de 50 y 250 tabletas

Al igual que los demás productos Mead, dichos productos no se anuncian al público ni llevan la dosis en los paquetes.

★ *No ofrecemos combinaciones de dichos productos por creer que le incumbe al médico especificarlos según sus indicaciones.*

• *Muestras y literatura a disposición exclusivamente de la profesión médica.*

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville, Ind., E.U.A.

APARTADO NO. 3081 — SAN JUAN, P. R.



PROTEGIENDOLO CONTRA EL RAQUITISMO

El valor antirraquítico de la leche evaporada irradiada es convincentemente demostrado en un autorizado estudio realizado por May y Wygant, y publicado en "*Archives of Pediatrics*" (N. Y.) Junio, 1939.

En este estudio, se dió leche evaporada *irradiada* a un grupo profiláctico de niños recién nacidos. Un grupo de control recibió leche evaporada sin irradiar.

De 51 niños normales nacidos a término en el grupo profiláctico, *ninguno* tuvo raquitismo; en el grupo de control 17 de un total de 33 desarrollaron raquitismo.

De 20 niños débiles alimentados con leche evaporada irradiada ninguno tuvo

raquitismo. En el grupo de control 13 de un total de 20 niños mostraron cambios característicos de raquitismo.

Entre los niños prematuros solamente 2 de un total de 20 desarrollaron raquitismo en el grupo profiláctico; mientras que *todos* los 17 niños que integraban el grupo de control tuvieron raquitismo...

La Leche Carnation Irradiada pertenece al tipo de leche que se usó en este estudio clásico. Como una leche evaporada de la más alta calidad — uniforme, nutritiva, de fácil digestión y esterilizada — ofrece al médico la leche ideal para la preparación de fórmulas alimenticias para niños, convenientemente fortificada, por medio de la irradiación, con la Vitamina D.

Agente Exclusivo: AMERICO MIRANDA
SAN JUAN, PUERTO RICO.

LECHE CARNATION

IRRADIADA

"De Vacas Contentas"



La Leche Carnation Irradiada ha sido aceptada por el Consejo de Alimentos de la Asociación Médica Americana.

CARLO ERBA S. A.

TIENE EL HONOR DE PRESENTAR A LOS SEÑORES MEDICOS LAS SIGUIENTES

ESPECIALIDADES DE FAMA MUNDIAL:

CALCIOSOL ERBA

Indicado para Terapia recalcificante.
Estados de vagotonía — Asma Bronquial — Urticarias — Hemorragias, etc.

CARDIOCINOL ERBA

Potente tónico cardio-vascular. Estimulante en los disturbios cardio-vasculares. En casos de arterioesclerosis, efisema pulmonar, etc.

TONERGIL

Para la anemia
Desgaste del organismo
Debilidad nerviosa
Convalecencia
Contiene nueve componentes minerales.

CARBIMAL ERBA

Antiácido, antitéptico y absorbente.

CITORETINA ERBA

En las formas pretuberculares, tuberculosis iniciales, agotamiento de las fuerzas vitales, anemias, etc.

HEPARINA ERBA (Ext. Hígado)

Anemias perniciosas y secundarias.

OPOPEPTOL ERBA

Extracto completo de Jugo Gástrico.

OPOSTENOL ERBA

Poderoso activador de la fuerza Física y Psíquica.

PLASTEINOL ERBA

Para las Enfermedades Pulmonares agudas y crónicas.

VITAE ERBA

Reconstituyente Neurotónico. Estimulante del Recambio General.

La Agencia ERBA de esta ciudad erce supérfluo insistir en la pureza y alta calidad de estos productos, ya que están respaldados por los Laboratorios de

CARLO ERBA S. A. — Milán, que tiene 80 años de actividad industrial, 300 doctores, médicos, químicos, farmacéuticos, ingenieros, 3 grandes fábricas, 3,500 empleados y obreros.—Su exportación alcanza hasta los mercados más apartados del mundo.

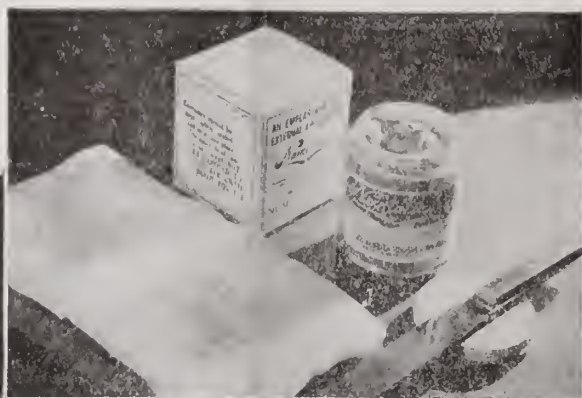
— Solicite muestras y literatura de —

Agencia CARLO ERBA

EDIFICIO OCHOA

Teléfono 775 — Apartado 421

San Juan, Puerto Rico.



**PARA CONTROLAR LA FIEBRE
LA CONGESTION Y EL DOLOR**

Aplique

NUMOTIZINE

La Super-Cataplasma

Con este moderno emplasto de caolín no sólo puede obtenerse el efecto descongestivo local de la cataplasma, sino también los efectos sistémicos, antipiréticos y analgésicos de sus ingredientes guayacol y creosota.

Su base de caolín protege contra la absorción demasiado rápida y asegura un efecto antifebril lento y constante.

Por consiguiente, Numotizine es útil no solamente en casos de resfrío y de otras afecciones de las vías respiratorias, sino también en forunculosis, torceduras y contusiones locales.

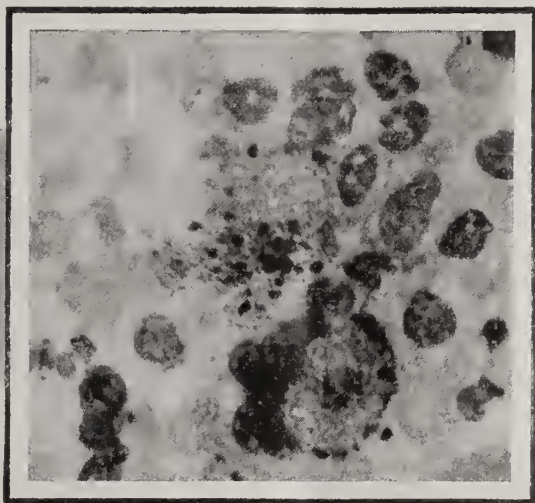
NUMOTIZINE, INC.

900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, E. U. de A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

CASTAGNET & CASTILLO CO.

Tanca No. 1 -- San Juan, P. R.



MICRO ORGANISMO DE GRANULOMA INGUINAL

La fotomicrografía mostrando el organismo microscópico de granuloma inguinal con parásitos agrupados encima y alrededor de células mononucleares fué tomada con el Aparato Fotomicrográfico GBVP de Bausch & Lomb equipado con el Microscopio de Investigación DDE y objetivo apocromático de 2 mm, apertura numérica 1.40, ocular de compensación 10X; aumento 1000 veces; exposición 5 segundos. No se usó filtro de luz.

El fino sistema de enfoque del condensador aplanático de subplatina suministrado con este equipo facilita grandemente el enfoque correcto del caudal de luz homogéneo (lámpara de filamento de cinta). Los parásitos pueden ser muy raras examinarse cuidadosamente al objeto de poder situar los parásitos en la preparación microscópica.

Agentes: H. V. GROSCH CO., - Comercio St. 21 - San Juan.

Bausch & Lomb

OBSEQUIO DE LA FARMACIA BLANCO

Cooperando con la Clase Médica por Sesenta Años

Advertencias Útiles para la Salud

Consulte al médico tan pronto se sienta enfermo. Casi todas las enfermedades atendidas a tiempo son curables.

Un examen médico anual o cada seis meses incluyendo otro examen por el dentista pueden proteger grandemente la salud.

No debe hacer caso de anuncios de medicamentos por profusos e insistentes que ellos sean si esos medicamentos no son prescritos por un médico, ni tomar productos glandulares o vitaminas si no son asimismo prescritos.

No se diagnostique ni permita que profanos le diagnostiquen; el médico es el que sabe diagnosticar.

El farmacéutico no debe recetar. No es su misión, ni está preparado para ello.

No se pregunte al farmacéutico lo que contiene la medicina prescrita por el médico, ni para qué sirve, pues él no debe decirlo.

Interésese por el estado sanitario de la población donde viva, coopere con las medidas públicas para reducir la mortalidad. Al público le concierne directamente que los encargados de la salud y limpieza públicas insulares y municipales, cumplan bien su cometido. No se repare en un presupuesto alto para Sanidad Pública si está bien administrado.

Procúrese que el servicio de la casa o los empleados de los establecimientos con quienes estemos en íntimo contacto gocen de buena salud y estén bien alimentados. Este asunto es importante, pues, protegiéndolos a ellos está protegido todo el mundo. Patrocínense establecimientos que le ofrezcan garantía absoluta de higiene y limpieza, para comprar medicinas y alimentos.

Si alguien ha sufrido en la casa u oficina de tifoidea o difteria cerciórese antes de reincorporarlo al servicio que no sea *portador* de la dolencia.

Evítese el polvo al barrer. No se permita que escupan en el piso.

Evítense ruidos innecesarios porque quebrantan el sistema nervioso.

Una buena salud empieza a cultivarse en los individuos desde antes de nacer. Buena alimentación bien equilibrada no cuesta mucho dinero; no todo lo que se anuncia es el mejor alimento. El médico puede dar un buen plan dietético de acuerdo con las condiciones de cada cual.

Si le interesan estas advertencias procure las anteriores en cualquiera de nuestras farmacias, en San Juan o en Santurce.

Ahora en cápsulas:

COMPLEJO DE VITAMINA B

Lederle

PARA LOS MEDICOS que prefieren prescribir el Complejo de Vitamina B en forma desecada y aquellos pacientes que por razones varias tienen antipatía a los preparados líquidos, Lederle ahora ofrece el Complejo de Vitamina B en nueva forma — en cápsulas.

Cada cápsula contiene:

Cloruro de Tiamina (B_1) 1.0 mgm. — 330 Unidades Internacionales

Riboflavina (B_2) 0.25 mgm. — 100 unidades de desarrollo Bourquin-Sherman

Factor de la Dermatitis (B_6) 130 microgramos — 13 Unidades "Rata"

Factor (es) del Filtrado 12 unidades de desarrollo "Rata" o aproximadamente 50 unidades de dermatosis "de pollo"

Acido Nicotínico (curativo de la pelagra) 2 mgms.

EN V A S E S :

Oral — frascos de 4, 8 y 12 onzas

Parentérico — frascos de 10cc.

Cápsulas — frascos de 50, 100 y 500

Literatura a solicitud

LEDERLE LABORATORIES, Co.
73 Calle Salvador Brau San Juan, P. R.



NOW AVAILABLE

The famous "T 360"

BIOLOGICALLY STANDARDIZED POTENT AND STABLE

* Four years of patient chemical, biologic and clinical investigations have demonstrated the value of a stable preparation of histaminase—provisionally designated "T 360"—in the treatment of allergic conditions produced by an excess of histamine. This biologically standardized preparation is now presented under the name of Torantil. It exerts a specific detoxicating action upon histamine within the human body. For this reason Torantil constitutes a promising contribution to everyday medical practice.

FOR DISEASES OF ALLERGY

A favorable, sometimes dramatic, response has been observed in many cases of asthma, vasomotor rhinitis, urticaria, allergic dermatitis, and hypersensitivity to insulin, drugs, serum and physical agents (e.g., cold, heat, light and scratch). Striking results have also been reported in cases of acne. However, Torantil is not a panacea. Some disappointments may be experienced, particularly if the dosage is not individualized.

*Booklet discussing in detail the clinical application
of Torantil will be sent to physicians on request.*

HOW SUPPLIED: Torantil is supplied in tablets of 5 units, bottles of 50 tablets. One unit is the amount which will inactivate 1 mg. of histamine hydrochloride during incubation at 37.5° C for twenty-four hours.



Torantil



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC. New York, N. Y.

Samples and Literature on Request

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

CALLE COMERCIO 21. SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

MARZO, 1940.

Número 3

THE SEVERE ACUTE NUTRITIONAL DISTURBANCES OF INFANTS*

ANTONIO ORTIZ, M. D.**

Santurce, P. R.

Introduction:

In Puerto Rico 125 to 140 infants per 1,000 births die annually before they get to be a year old. 38% of them or about five out of every hundred babies born, succumb to so-called diarrhea and enteritis. This tragic states of affairs deserves our close attention and study. In an effort to make a humble contribution to the solution of this problem, I am discussing tonight one of its aspects: the severe acute nutritional disturbances of infants, an understanding of which is an essential introduction to further activities.

I have used the label "nutritional disturbances" in an effort to avoid the over-emphasis placed on the symptom diarrhoea in the term "diarrhoeal disorders". After all the fundamental component of the picture is the disturbance of nutrition and metabolism. The terms "gastro-enteritis", "ileo-colitis" and "intestinal infection" had better be avoided because they imply that the process as a whole is mainly inflammatory, and this is erroneous on clinical and pathological grounds. Moreover, they restrict and belittle a complex picture by overstressing its gastro-intestinal manifestations.

Only the severe acute disturbances as they are seen in infants, the so-called toxi-

coses, will be reviewed tonight, with an occasional reference to the milder and the more chronic disorders which obviously can not be disensed at length in the time at our disposal.

And no more need be said on the definition and classification of these disorders, if we want to avoid disagreements and confusion.

ETIOLOGY

Rominger¹ expresses the opinion of most pediatricians when he says that "one should view with skepticism any attempt to explain the etiology of nutritional disturbances on a single basis." After all we are not dealing with fixed clinical entities, but with a type of reaction, peculiar to infants. One would not expect such a complex picture to be evoked exclusively by a single agent. There must be diverse causes, which, as a matter of fact, frequently act jointly. All past attempts to explain the syndrome on the basis of either infection alone, or of nutritional errors exclusively, have failed. The truth probably lies between the extremes. It must be admitted that either cause may suffice; yet often they work together: malnutrition paving the road for infection, and infection leading to malnutrition, thus concurrently producing the severest forms of diarrhoeal disease.

Let us analyse first the alimentary factor. It is known that severe nutritional disturbances very seldom occur in breast fed

* Lecture delivered at the School of Tropical Medicine, on the evening of February 15, 1940.

** Presbyterian Hospital, San Juan, Puerto Rico.

infants. Moreover, a well regulated artificial feeding, with proper and clean food, in a favorable environment, is the next best safeguard. But the optimal requirements for a safe artificial feeding are fulfilled with difficulty where poverty and ignorance prevail, so that the infant is constantly threatened by one or several of the following dangers:

(1) Too early or too sudden withdrawal from the breast. This is particularly disastrous where the proper artificial regime can not be substituted. In a large proportion of our cases of diarrhoeal disorders at the Presbyterian Hospital the onset could be traced to the time when the baby was weaned. The usual story is one of sudden weaning, followed by a period when the mother does not know what food to offer the child and shifts from one bad combination to the other, till the deluge comes in a few days or weeks. It should be remembered that nutritional errors need not provoke an upset immediately, but may act after repeated or prolonged injury. The pity of it all is that the baby is often weaned on banal and capricious grounds. Above all the infant must not be weaned when he is sick or when he suffers from colic, vomiting, or diarrhoea, or diverse other complaints. It is precisely in this predicament that the baby needs maternal milk most urgently, and to deprive him of it at this time could lead to troublesome or even fatal consequences. Insistence on breast feeding, proper regulation of the technique followed, and possibly the institution of mixed feedings, insures success in most cases.

(2) Overfeeding - rare in our environment. We have observed it with the use of too concentrated mixtures, or too frequent intervals. Babies show a remarkably adaptable digestive capacity, which is overcome only when the wrong food is given

in too large amounts at the wrong time.

(3) Underfeeding, starvation or chronic hunger. All these states depress digestive functions because they diminish the quantity and concentration of gastro-intestinal ferments and secretions. All nutritional deficiencies lower resistance and slow the reparative processes, so that the child becomes an easy prey to infections. By any of these mechanisms a diarrhoea can be either precipitated, aggravated, or prolonged. Mayer and Nassau² are justified in saying that "hunger is the worse enemy of an infant". They do not mean hunger as a sensation, but as an expression of nutritional inadequacy, be it partial or complete, whether it concerns a deficiency in total calories or in vitamins, salts, proteins, fats, or carbohydrates. According to this conception; most of the diarrhoeas which were formerly blamed on an excess of fats or carbohydrates, or any other factor in the formula, could just as easily be explained by the lack of some other balancing factor. One must bear in mind that the digestion and the utilization of proteins, fats, and carbohydrates does not depend so much on the absolute amounts in which they are present in the formula, as on the medium in which they are made available to the infant. Thus, for example, a baby tolerates perfectly well 8 or 10% sugar in protein milk, or 7% in breast milk, and might be unable to handle 5% sugar in raw cow's milk. The same holds true for other elements in the diet.

In our country, where most of the babies are submitted to an starvation regime, deficiency diarrhoeas are extraordinarily frequent. Almost all the severe acute disorders seen by us in Hospital practice occurred in infants who were previously malnourished. I do not mean to say that malnutrition necessarily caused the disturbances, but that at least, it provided a fertile

ground for the development of severe enteral and parenteral infections. And the result of such a luckless combination is fearful to behold.

In reference to underfeeding, let us take heed of what Schlossman used to call "*inanitio ex medici*"—inanition provoked by overcautious therapeutic regimens, and by too prolonged fasting, in an effort to control the symptom diarrhoea. This error may not precipitate an upset, but it can protract it. Physicians must be ever in the watch not to add hunger to the infant's long list of enemies.

(4) It should be enough just to mention as a causative factor the use of foods grossly unfit for an infant. Yet so many of our babies receive indigestible bits from the adult fare, out of ignorance, paternal weakness or bare necessity.

(5) A significant number of cases can be traced to the consumption of unclean or contaminated food, but this involves the role played by infection, which we are about to discuss.

Infections lead to nutritional disturbances by direct action when localized in the intestinal tract, as in enteral infections, or indirectly when situated in distant foci, as in the so-called parenteral infections.

Enteral infections can be subdivided into the exogenous type produced by the ingestion of pathogenic organisms, and the endogenous type which represents abnormal migrations of bacteria within the intestinal tract.

A variety of organisms has been suspected of being capable of producing a true exogenous intestinal infection. Infrequent culprits are the *B. dispar*, pyocyaneous, aerogenes capsulatus, paracolon bacilli, a variety of streptococci, and a number of saprophytes. They are not in themselves responsible for genuine severe acute disturbances, but they may lead to it. Changes in the in-

testinal flora are probably of little significance. Typhoid fever is conceived as a separate specific disease. The salmonella group must always be kept in mind, but the great majority of enteral infections of the type under discussion, are caused by organisms of the *Shigellia* or dysentery group.

The studies of Hardy and Watt in New Mexico³ and of Cooper and Mitchell⁴ in Cincinnati show a high percentage of dysentery infections in diarrhoeal disease. In a study of 209 infants and children with acute diarrhoeas in the summer of 1938, Cooper and Mitchell et al were able to recover dysentery bacilli in 109, that is, in 49%. In children below one year of age, the proportion of positive cases was of 25%, in those over one year it was 75%. Thus the age distribution was significant. Clinically, the cases of dysentery could not be distinguished from other with acute diarrhoeas on such criteria as "blood and pus in the stools, the degree of toxicity of the patient, the occurrence of dehydration or acidosis, the severity and length of diarrhoea, or the case mortality" quoting Cooper and Mitchell. Pathologically the distinction could not be made on those who died before the specific changes were marked.

The variability of the clinical picture of dysentery has been commented on by Hardy and Watt³ and Fothergill⁵ among others: the diarrhoea and the general symptomatology may be the mildest or the most serious imaginable. An etiological differentiation can be reached only on careful and repeated cultures of fresh stools, obtained by swabbing the rectum if necessary or on culture of fresh stools kept in glycerine for a few hours. The culture media to be employed are not Endo or Eosin—Methylene blue or even Mc. Conkey's, according to Hardy and Watt, who have been confirmed by others, but the vastly supe-

rior inhibitory differential media such as sodium desoxycholate citrate agar⁶ and the newer experimental Difco media with which Watt and Kolodny are working here in Puerto Rico. In the work of Cooper and Mitchell, desoxycholate citrate enabled them to detect twice as many positive cases as the Endo medium, for example. The superiority of the newer media is even greater, according to personal information and demonstrations by Dr. James Watt, in detecting cases and carriers.

Our series of cases at the Presbyterian Hospital, does not yield accurate information on etiology because the cultural studies do not conform with these standards. One can anticipate, however, that many more cases of dysentery will be found in this island than were ever suspected. Wretched sanitary conditions among the poor, and the prevalence of malnutrition, which seems to increase the susceptibility to dysentery infections,⁷ make this plausible.

This all does not mean, of course, that dysentery is the long sought single cause of severe acute nutritional disturbances. The alimentary factor, parenteral infections, and the influence of the environment remain important. But these studies on dysentery are certainly a solid contribution which will be specially fruitful in the field of prophylaxis.

Besides the exogenous infections one must consider also the endogenous enteric infections, by which is meant the invasion of the stomach and duodenum by organisms which are normal inhabitants of the lower intestinal tract, such as the Colon Bacillus. This has been proved to be significant both clinically and experimentally by German workers. An exogenous infection of this type, that is, one involving by ingestion the upper portions of the gastro-intestinal tract, is improbable — at least, it has not been reproduced experimentally by feed-

ing *B. Coli* and various saprophytes. The conditions necessary for the development of an endogenous infection are: (1) A low gastric acidity, such as occurs in certain febrile disorders, in dehydration, and in some cases of malnutrition. The higher buffer value of cow's milk make it undesirable in these conditions and therein lies one of the virtues of acid milks. (2) A damaged intestinal mucosa, and here again dehydration plays a part. (3) stasis of food material.

The role of parenteral infections was once grossly overemphasized. Their true status may be thus summarized: they may initiate diarrhoeal disease, they may complicate it, or they may appear only at the end, and have little significance. It is firmly established that a pharyngitis, a pneumonia, or an otitis media, and other infections, but particularly those of respiratory origin, can provoke a nutritional disturbance undistinguishable from the other types. At times the digestive symptoms precede the local signs of infection and may mask them most annoyingly. Often during the course of the diarrhoeal disease, and due to the lowered resistance to infection which accompanies malnutrition and dehydration, parenteral infections aggravate the picture and create a vicious circle in which all three factors play a part. It is important that clinicians and pathologists remember, that as stated by Marriott⁸ "when the body as a whole is seriously dehydrated, there is a remarkable lack of resistance to infection and an almost complete absence of the usual inflammatory reactions to local infection". In two of my recent patients, whom I remember well, it became extraordinarily difficult to diagnose an otitis media and a pneumonia in such a background.

As to the parenteral infections which appear as terminal events, little need be said except that they have served to confuse the pathological picture.

I have not found intestinal parasites to play a part in an authentic case of severe acute nutritional disturbance in infants. They may produce diarrhoea, specially in older children, but not of the type which is being discussed tonight.

I hope I have made it clear that there are two known primary causes of nutritional disturbances: the one alimentary, the other infectious. But there are other secondary or contributory causes which are nevertheless as important as the primary ones. They can be grouped under the headings: environment, and age and constitution.

In very few places in the world is the environment more favorable to the development and spread of diarrhoeal disease than it is in Puerto Rico. We must not shut our eyes to the wretched conditions under which the majority of our population lives: poverty, ignorance, overcrowding and unclean sanitary habits are most everywhere rampant.⁹⁻¹⁰ The water supply is unreliable, specially in rural districts.¹¹ An element of danger is the lack of sanitary privies, as emphasized by Watt. The direct relation of poverty and ignorance to infantile mortality, particularly from diarrhoeal disease, is known to all of us. Combine all this with the large families which are the rule amongst our poor population, and the result has to be disastrous.

In contrast, amongst our well to do, with less children, good hygienic surroundings, a higher level of education, and ample medical facilities, acute nutritional disorders are rare. I have seen them seldom in private practice in babies who are fed correctly, have all minor upsets treated promptly, and avoid infections or have them attended to.

Moreover, none of us can escape the consequences of our perpetual summer. So striking is the effect of the heat and humidity on diarrhoeal disease that in the

North acute nutritional disturbances are referred to as Summer Diarrhoea. The effect of heat on food contamination and on the prevalence of flies undoubtedly plays a part. But what is often forgotten is the effect of environmental heat on fluid loss. Increased perspiration makes us dependent on an uninterrupted fluid and electrolyte intake. The delicate and sensitive water metabolism of infants can hardly stand the added burden, when vomiting and diarrhoea supervene.

It may be asked, why do babies develop nutritional disturbances so frequently, and why do they often succumb to them? The infant has large nutritional requirements in relation to his size, yet his digestive capacity, though limited, can adapt itself to the food requirements if the proper food is offered. But his adaptation to artificial feeding can not be expected to be perfect on biological grounds. Moreover, Rominger lays great stress on "the poor development of central regulation in infants, with a predominance of the vegetative over cerebral function". On this basis he tries to explain the thermo, vaso, and hydrolability of infants, which are of such tremendous significance in diarrhoeal disease. The immature immunological reactions and the increased susceptibility to infection, whether enteral or parenteral, must be born in mind, together with the tendency toward generalized as contrasted with local reactions. Environment also plays a more decisive role in babies, who are naturally helpless and dependent on surroundings for their care and feeding.

Some infants are more sensitive than others because of vague handicaps in constitution, including hereditary taints, chronic infections, and anatomical anomalies.

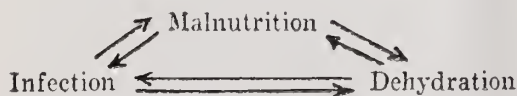
PATHOGENESIS

The pathogenesis of severe acute nutri-

tional disturbances can be partially anticipated by what was said under etiology.

Pathological Anatomy has contributed very little to our understanding of the causation and the mechanism of nutritional disturbances.

The physiological changes are far more striking. In the gastro-intestinal tract: lessened secretions, low ferments, delayed gastric emptying time, poor intestinal reabsorption, and increased peristalsis. This is associated with vomiting and diarrhoea, with a consequent loss of water and electrolytes, mostly base, which in turn keeps the process going. Rapid, deep breathing increases the water loss. What part is played by guanidine intoxication and lack of adrenal cortical hormone, I am not prepared to discuss. The condition is often called toxæmia, because the patient appears intensely toxic: he may be restless and irritable and later stuporous or even comatose; he shows the signs of rapid loss of weight, dehydration and acidosis, and possibly of the toxæmia of infection. Here again we see the three fundamental processes of malnutrition, infection, and dehydration, reinforcing each other.⁸



Rapid loss of weight is accompanied by decreased plasma proteins, lowered blood volume, and a poor circulation. The effect of dehydration is hemoconcentration, with peripheral arteriolar constriction, and again a disturbed circulation. Renal function is impaired with the result that metabolites accumulate in the blood stream, ammonia excretion is diminished, and more base is lost. Anoxemia favors the accumulation of lactic acid. The ketosis of starvation depletes further the base reserve. Thus we have a fullblown picture of aci-

dosis. The condition is best understood when compared with what is called medical shock, as exemplified by diabetic acidosis or coma, the crisis of Addison's disease, or heat shock. In the more severe cases there is a loss of power of reabsorbing water, intermediate metabolism is upset, and even tissue oxidations deranged.

Findelstein has summarized this picture strikingly as the picture of a true metabolic catastrophe.

DIAGNOSIS

When a mother brings us a baby who is suffering from an acute nutritional disturbance she tells us he has been having loose, watery stools, that he has been vomiting; that at first he was restless, cranky and often crying as if in colicky pain, but that lately he has been quiet and somnolent. The onset may have been sudden, or may have been preceded by a period of anorexia and fretfulness. Fever is sometimes noticed. Severe cases may show higher temperatures, and possibly convulsions. Sometimes the baby suffers from what the mother regards as a little cold.

Inspection gives us a tremendous amount of information: often as much as can be obtained from a complete physical examination. The baby is either restless or stuporous according to the stage of the disease. If seriously ill he has a tendency to assume fixed positions such as the fencing position. His face is mask like, pinched, the eyes may show terror or a glassy far away stare. They are sunken, tears are practically absent. The fontanelle is depressed. The mucous membrane of the mouth is dry, the tongue parched, the lips finely excoriated. The skin is ashen gray in color, and when palpated feels dry, most often hot, and wrinkles extensively when pinched, and remains wrinkled when released. Where pressure is ap-

plied a pale spot remains. The extremities are cold. Respirations are rather rapid and deep. Most of these signs are the signs of severe dehydration; with disturbed circulation and peripheral vasomotor instability and collapse. The character of the respirations simply means acidosis.

Fever is nearly always present. It may be due to dehydration: the so-called thirst or alimentary fever. In other cases it indicates an enteral or parenteral infection, though anhydremia may still play a part in the rise in temperature.

A rapid loss of weight is an invariable manifestation of an acute nutritional disturbance. If the process has lasted for a while the loss of flesh is quite evident. Nearly always one can demonstrate the thinness of the subcutaneous pad.

The abdomen is more frequently distended than sunken.

The character of the stools is important in reference to its frequency, consistency, bulk, and the presence of mucus, blood and pus. The color, the reaction, and the presence of curds are not so significant. In this condition they vary too much according to the nature of the feeding. The hunger stool which is small and mostly mucus and thin fluid should be kept in mind.

The blood picture is one of leucocytosis with shift to the left in most cases, particularly in parenteral infections. The blood count must be evaluated carefully in the presence of hemoconcentration.

Acidosis is far more common than alkalosis in acute nutritional disturbances, and is put in evidence by the increased chlorides and the low CO_2 combining power which may drop to 10 to 20 volumes per cent.

The urine is decreased in volume and may show albumin, casts, red blood cells and even reducing substances. Acetonuria is rare.

Cultures of the stools, employing the newer media, should be done repeatedly, if one has facilities. In no other way can enteral infections be diagnosed accurately, for, as I said before, the clinical picture and the character of the stools are too variable and uncertain to permit an exact etiological diagnosis. It is true that one can place little faith on the specific treatment of dysenteries, excepting the Shiga type, but to know the actual cause of a disturbance is always helpful in treatment and prophylaxis.

It is of paramount importance to look painstakingly for foci of parenteral infection through-out the course of an acute nutritional disturbance. As we said previously, their localization may be masked by the subdued inflammatory reaction which may accompany dehydration. The life of a patient may depend on one's alertness in detecting an otitis media, a mastoiditis, or a pneumonia.

The exact diagnosis and analysis of a disturbance due to errors in feeding points the way to effective treatment.

The differential diagnosis of acute nutritional disturbances seldom presents difficulties. The main interest lies in the differentiation of the different etiological types, and on the establishment of a firm opinion on the severity of the disease and on the general condition of the patient; for these considerations, which vary with each individual case, form the basis of treatment.

TREATMENT

From our discussion of the nature and pathogenesis of severe acute nutritional disturbances it can be seen that dehydration and acidosis constitute the greatest menace to the patient. An infant can be compared to a flower in his delicate response to water.

He withers when he is deprived of it, he blooms when he is well supplied. But a time may come when no amount of water will bring a flower, or a baby, back to life.

One gives the sick infant as much fluid as possible by mouth. When vomiting is persistent one may stop all feedings by mouth for a few hours, but usually the patient is able to tolerate water, salt solution, acid buffered solution of Marriott and Hartman's, Ringer's, 5% glucose or orange juice. We give him small amounts of different mixtures at frequent intervals, trying to supply, both orally and parenterally about 3 oz. per pound of body weight. We have used the nasal drip only rarely. Milk in some form is not started till after a pause of 6 to 24 hours, depending on the severity of the case and the cessation of vomiting.

Parenteral fluids are required by all serious diarrhoeal disorders. We use physiological salt solution freely by hypodermoclysis: 150 to 300 cc. at a time. This is the easiest method of administering parenteral fluids in practice; and one has to disregard, regretfully, the baby's discomfort. But salt solution is not the ideal fluid because it contains a relative excess of chlorides, which favors acidosis, unless renal elimination is good. To avoid this we often mix the saline with 5% glucose, we keep up the supply of other fluids by mouth, or administer 5 to 10% glucose intravenously utilizing the veins of ankles and the cubital fossa by venesection, or the veins of the scalp. In other Clinics 1/6 molar sodium lactate and Hartman's physiological buffer salt solution are used, and they seem to combat acidosis even more effectively. In five cases we had to resort to a continuous intravenous injection of saline and glucose by venoclysis.

Transfusions are not given at the beginning of treatment because they concentrate

the blood further. But after other fluids are supplied transfusions are helpful in restoring serum proteins and the hemoglobin values, increasing immune bodies, and improving the general condition of the patient.

Fluids are kept up in this fashion till all signs of toxicity, mainly anhydremia and acidosis, have disappeared. In an occasional case one has to watch out for the possibility of overhydration.

The dietary management of acute nutritional disturbances has led to the publication of volumes of pediatric literature. I can only outline certain principles in the short time available.

All authorities agree that a period of fasting or starvation should be the first step in treatment. During this stage one must not neglect the supply of fluids and the regulation of metabolism. It is seldom necessary to prolong this period over 24 hours—it must be remembered that prolonged fasting is dangerous in the young malnourished infant. With the present day liberal use of parenteral fluids it has become much easier to start and keep up nutrition with success.

When feedings are started one should use small amounts of a suitable milk preparation low in fat, usually low in carbohydrates, high in protein, and preferably acid. There is no specific formula for all cases; each one requires individual consideration. There are many therapeutic milks, and one should choose the one with which one is familiar, and not shift every few days. Experience is always the best guide.

Breast milk is the best therapeutic food known, and practically the ideal one. It may have to be skimmed, or strengthened with protein or mixed with other milks in seriously ill young infants. Buttermilk is valuable but not easily available except as the powder Eledon in our market. Protein

milk has been a great boom to infants with diarrhoeas: it is acid, low in fat, high in finely divided protein. Its low sugar content would be an advantage in almost any other medium, but not in protein milk, which works better with added carbohydrates. This carbohydrate should be chosen, as in all diarrhoeal disease, amongst the least fermentable sugars such as dextro-maltose, karo or flour. Protein milk is procurable as a powder—its preparation from whole milk is too cumbersome for general practice. Personally we have found lactic acid milks extremely useful. We have used them more diluted than advised by Marriott. They can be very easily prepared at home or in the Hospital with lactic acid from whole or skimmed cow's milk or from evaporated milk. All types are available in our market in powdered form. As with other therapeutic milks, the taste may not be so pleasant, but the baby can be made to take them.

There are no set rules as to the amounts to be used. One should be cautious at first: one does not want to have to retrace his steps. The main guiding post should be the general condition of the patient, which is the most important consideration, and not the number or character of the stools. In classical dysentery infections, liberal feedings are advised. When recovery is definitely initiated one should proceed gradually but rapidly to comply with the infant's full nutritional requirements. Of course, at all times there should be a careful quantitative regulation of the total calories, proportion of the different foodstuffs, and vitamins.

Other dietary measures such as the use of plain milk dilutions, Casee and raw apple have been recommended. The latter is said to be particularly effective in itself, or as represented by pectin preparations, in bacillary dysentery.

Some cases do not respond to adequate fluid administration and the dietary regime because of a rebellious enteral infection, or because of a parenteral infection. In the latter instance treatment of the cause produces dramatic results, specially if the parenteral infection is primary. Such has been our experience in treating variety of infections in diarrhoeal disease. Remember mastoiditis when a disturbance fails to clear up after incision of the drums in otitis media. As an illustration of the role of parenteral infection let me relate how, last August, I saw a baby who was admitted to the Presbyterian Hospital with a severe nutritional disturbance. His fever, vomiting and diarrhoea subsided after 3 days of the usual treatment, but on the fourth day he had a relapse with a rise in temperature to 104°, diarrhoea, and again some vomiting. A diagnosis of pneumonia was established clinically and radiologically. After twenty-four hours of sulfapyridine his temperature was back to normal with complete cessation of vomiting and diarrhoea.

In these days of resourceful chemotherapy, one cannot afford to overlook an infection, for even when it appears to be terminal, one can at least cherish a hope.

Nursing care is of tremendous importance in diarrhoeal disorders, and emphasizes the advantages of hospitalization. Besides the ordinary measures, one must not forget to protect the infant from excessive heat, in our environment, and from cross infections.

As to the use of drugs in genuine severe acute nutritional disturbances, I can state without misgivings that I employ them sparingly. Naturally, I have nothing against luminal for restlessness, caffeine or epinephrin as stimulants, or against bismuth and paregoric in other types of diarrhoea in an older infant or child. But against cathartics I do have a case: they are unphysiological in this condition, for

there is hardly anything that could provoke more vomiting and more diarrhoea and enhance dehydration, acidosis and collapse more effectively than a "good strong dose of calomel or castor oil".

In regards to the usefulness of the so-called intestinal lavages I shall quote from one of our greatest pediatric authorities, Finkelstein:¹² "What benefit can be expected from the evacuation of bits of mucus and scanty faecal material from the rectum and large intestine when the disease is much higher up? Add to this the impossibility of making a true intestinal lavage and the violence of the procedure". "It was over twenty years ago that I administered my last intestinal lavage, and since then I have not seen an indication for employing it again". Abdominal distention and perhaps colicky pain are practically the only indication for small enemas in diarrhoeal disease. Often a rectal tube will do just as well with less disturbance.

Personally I have not used intestinal disinfectants, whose effectiveness, to put it mildly, almost everybody distrusts. Colloidal silver preparations might possibly be helpful in dysenteries.

A few words on prognosis. The mortality of severe acute nutritional disorders, or intestinal toxæmia, is high. Exact figures can not be given because of the difficulty in classifying cases. The clinical picture is not clear cut, and the milder cases merge with the more serious one.

The prognosis is worse: 1—In prematures, in the newborn, and in the young infant; that is, according to age. (2) In the artificially fed, as contrasted with the breast fed, specially in those employing a mixture over-rich in carbohydrates. (3) In undernourished infants, in whom dehydration and infection easily reach full development. Atrophic infants are the most endangered. (4) With complications, such

as virulent associated infections.

A very cloudy sensorium approaching coma, the development of a waxy induration of the skin (sclerema), and the persistence of vomiting, particularly if the vomitus is chocolate-colored or hematenic, are ominous signs.

Thus ends the picture I can give you of the severe acute nutritional disturbances of infants.

x x x

A thought must now be given to the phase of the subject which we all agree is of the most practical moment: the prevention of diarrhoeal disease. If in Puerto Rico diarrhoeal disease was responsible for the greatest number of deaths in 1937: 8,590 or 481.3 per 100,000 population, of which 3,583, or 5,273.9 per 100,000 live births, occurred in infants under one year of age;¹³ if our climate and socio-economic environment favors the development and spread of such disorders, it is obvious that we have a real problem in our hands. Some things can be done, others are not within our power. A solution will be approached when and if the economic standards are improved, if and when means are available to better living conditions and sanitation and to promote general and health education, particularly in regards to infant feeding and care. One dreams of large infant hospitals to supply the urgent need for isolation and care of cases, and the training of internes; of an increase in the number of well baby clinics and welfare stations; of cheaper and above all cleaner food made available to all, with emphasis on breast milk.

All these are dreams, and nobody is to be blamed if they are not realized. One can only trust that we all will continue to do our best with all these things in mind.

I have troubled you with a lengthy discussion of acute nutritional disturbances. I had to select from amongst a vast amount

of pediatric literature and my own limited experience, leaving out case reports and analysis, in the hope of making the subject clearer without overburdening you. If I have failed, I beg forgiveness: perhaps I

undertook the task overenthusiastically, in the interest of what is closest to my heart: the reduction of infantile mortality in Puerto Rico.

BIBLIOGRAPHY

- (1) *Rominger*: "The Nutritional Disturbances of Infants" In Pfaundler and Schlossman—"The Diseases of Children". Vol. IV. 4th. Ed.
- (2) *Mayer & Nassau*: "Alimentación del Niño de Pecho". 1935.
- (3) *Hardy and Watt*: "The Acute Diarrhoeal Disorders". Am. J. Pub. Health 28:730 (June) '38.
- (4) *Cooper, Furculow, Mitchell and Cullen*: "The relation of dysentery to the Acute diarrhoeas of Infants and Children." J. Paed XV - No. 2 - p 172 Aug. '39.
- (5) *Fothergill*: "Bacillary Dysentery" in Brennenman's Practice of Pediatrics. Vol. II. Chapter V.
- (6) *Hardy, Watt, De Capito and Kolodny*: "Studies of Acute Diarrhoeal Disease. I. Differential Culture Media". Public Health Reports Vol. 54 No. 8 p. 287 Feb. 24, 1939.
- (7) *Janota and Dock*: "Bacillary Dysentery Developing in Monkeys on "Vit. M." Deficient Diet". Journ. Inf. Diseases, Sept. - Oct. '39 Vol. 65 No. 2 p 219-224.
- (8) *Marriott*: "Serious Nutritional and Digestive Disturbances in Infancy." Brennenman's Practice of Pediatrics. Vol. I. Chapter XXVIII.
- (9) *Fernós y Rodríguez Pastor*: "La Mortalidad Infantil en Puerto Rico" P. R. Journ. P. H. & Trop. Med. Vol. VI p 151-193 Dec. 1930.
- Costa Mandry, O*: "Diarrhoea and Enteritis in Porto Rico". Bol. Asoc. Med. de P. R. Año XXII No. 178, p 83-91 Julio 1930.
- Ibid*: "Annual Report of the Biol. Lab. of Health Department of Puerto Rico." from Bol. Asoc. Med. de P. R. Año XXIX No. 2 p 57-66 Feb. 1937.
- (10) *Figueroa, Leopoldo*: "La Mortalidad Infantil en Puerto Rico". Bol. Asoc. Med. de P. R. Abril 1934 Año XXVI No. 4 p 133-152.
- (11) *Phelps and Dávila*: "Diarrhoea and Enteritis in Puerto Rico. Relation to water Supplies". Review of Public Health and Trop. Med. Vol. III. No. 2 p 468-487 May 1928.
- (12) *Finkelstein*: "Tratado de las Enfermedades del Niño de Pecho". 3ra. Ed.
- (13) *Garrido Morales, E.*: Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico 1937-1938.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS HEMORRAGIAS TARDIAS DEL PUERPERIO

L. A. BALASQUIDE, M. D., F.A.C.S.**

Ponce, P. R.

El problema de la hemorragia puerperal tardía es tan serio y ofrece tantas dificultades que a pesar de haber sido un tema muy discutido resulta siempre de alguna novedad por la extensa variedad de modalidades que reviste esta grave condición tocológica.

Se denomina hemorragia puerperal tardía a toda pérdida de sangre de origen genital que se presenta después de las primeras veinticuatro horas del parto. Debemos sin embargo agregar que existen aún algunos autores que establecen diferencia entre aquellas hemorragias que se presentan al principio del puerperio y las que aparecen más tarde en el transcurso de este período.

En la discusión de este trabajo nosotros vamos a hacer referencia solamente al tipo de hemorragia puerperal tardía tal como aparece definida en la clásica acepción arriba descrita.

Este tipo de hemorragia es tan traicionero y a veces reviste tanta gravedad que es necesario recordar el hecho, tantas veces olvidado, que a ninguna mujer que haya tenido su alumbramiento, sea este distócico o normal, debe considerársela exenta de hemorragia hasta no haber pasado por lo menos la quinta semana del puerperio.

Si bien es verdad que gracias a los progresos del arte obstétrico mueren en la actualidad muy pocas mujeres a consecuencia de hemorragia post-partum, no es menos cierto que son muy contadas las ins-

tuciones de maternidad en el mundo que pueden lucir la casuística admirable del Chicago Maternity Center, al informar en los anales de sus estadísticas solamente dos bajas por hemorragia puerperal en la observación de 16,000 partos. Para demostrar que existe aún la gravedad de esta complicación, no hay sino citar el hecho de que las estadísticas demuestran que en Estados Unidos, uno de los países que está en la vanguardia de la tocológica moderna, mueren 1500 mujeres al año por esta complicación y que el célebre Dührssen ha dicho que en Alemania cada día muere una mujer por esta causa.

Constituye un hecho ya establecido que en un tres por ciento de los casos de parto se presenta hemorragia de alguna consideración. Intachables trabajos de investigación han demostrado que las parturientas durante el transcurso de un parto normal pierden de 250 a 300 gramos de sangre y estos mismos estudios han calificado de patológica toda pérdida de sangre mayor a estas cifras. Es necesario recordar también que solo una onceava parte del peso del cuerpo es sangre y que la muerte ocurre siempre, cuando esta pérdida se acerca a la mitad del total. También es importante recordar que no todas las parturientas toleran de igual manera la pérdida de sangre, ya que hay algunas, que por estados de anemia prenatal, agotamiento, traumatización y a veces por motivos cuyo origen ignoramos, no toleran pérdidas, que por su cuantía muy bien podrían catalogarse como insignificantes.

** Del Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Quirúrgica del Dr. Pila.

Por estas consideraciones toda hemorragia puerperal debe considerarse siempre como una complicación de suma importancia y grave pronóstico. En los comienzos de toda hemorragia resulta muy difícil predecir cuál ha de ser su seriedad definitiva. A veces un violento golpe de sangre de esos que aterran al obstetra cesa rápidamente de una manera espontánea, mientras que en otras ocasiones un pequeño "oozing", que al principio parece baladí y sin importancia suele engañar la astucia del tocólogo y hasta vencer todos sus recursos terapéuticos.

Existen, en todo caso de hemorragia, además del estimado de la sangre perdida, cierto grupo de síntomas y señas físicas, que deben tenerse siempre en mente, pues el estudio cuidadoso de su conjunto tiene un valor inestimable para el establecimiento de un pronóstico definitivo.

La rapidez del pulso, aunque constituye un buen indicador, no es siempre un guía seguro de la intensidad de la hemorragia. A veces con una hemorragia intensa, el pulso se conserva lento por algún tiempo, hasta llegar al colapso de una manera abrupta. La calidad del pulso, su tono, resulta siempre mejor indicador que su rapidez. La presión arterial es otro factor de importancia en la valoración del pronóstico. Una presión sistólica menor de 80 indica peligro inminente y una presión de pulso menor de 20 es casi siempre de pronóstico fatal. Aumento de las respiraciones, disnea intensa y la sensación de "aire de hambre" son señas de serio cuidado, pero jamás deben considerarse como necesariamente fatales. Así acontece también con los vómitos y la intranquilidad. El estado de palidez ayuda a establecer el pronóstico, mientras que el estudio del hematograma es de un valor dudoso.

Por estas razones es siempre aconsejable tratar todo caso de hemorragia puerperal

como un caso grave instituyendo inmediatamente tratamiento adecuado para salvar sangre a la parturienta, aún más cuando es de todos sabido que la constitución de la paciente es siempre un factor desconocido y que la sangre pierde su poder de coagulación según se va haciendo más fina.

ETIOLOGIA

Entre las causas más comunes de este tipo de hemorragia puerperal debe anotarse en primer lugar la retención; ya sea de fragmentos placentarios, lóbulo succenturiado, membranas, decidua o a veces simplemente la retención de un coágulo duro de sangre. Si pequeños fragmentos de placenta o decidua son retenidos y no se infestan, la sangre se deposita sobre ellos en capas sucesivas formando entonces un pólipo fibrinoso o placentario. Estos pólipos producen una hemorragia irregular, si no son extraídos, se rompen o se infestan y salen en pequeños pedazos, produciendo entonces una loquía fétida, elevación de la temperatura, y a veces hemorragias considerables y hasta piemia.

La subinvolución toma el segundo puesto en el origen de esta complicación obstétrica. Frankl ha mencionado la subinvolución de los vasos, mientras Kermanner ha descrito una degeneración hialina de estos, y también de la matriz. Desplazamientos de la matriz, especialmente las retroposiciones con su estacia local inherente, que generalmente forman parte del cuadro de subinvolución, producen hemorragias puerperales prolongadas y a veces coloración intensa de la loquía hasta por seis u ocho semanas después del parto.

El estado psicológico de la paciente juega también un papel importante en la producción de este tipo de hemorragias. Un choque nervioso intenso puede producir grandes perturbaciones en la loquía puer-

peral. De Lec cita en su obra un caso muy curioso, de observación personal, en el cual se desarrolló una hemorragia muy seria por atonía de la matriz, durante el undécimo día post-partum, a consecuencia de un susto motivado por una desaveniencia familiar.

Ocasionalmente la presencia de miomas, especialmente los tipos mural y submucoso, coriocarcinoma, e carcinoma, erosiones del cuello, ulceraciones de los vasos del cuello, rotura de un pequeño hematoma cervical, aneurisma traumático de la arteria uterina, rotura no reconocida de la matriz, invasión sub-aguda y crónica del útero, desprendimiento de suturas al cuello uterino por laceraciones, septicemia puerperal con reblandecimiento del trombo en la cuna placentaria, precocidad en la ovulación y algunas otras condiciones de menor importancia sirven como factor etiológico en la producción de esta complicación obstétrica.

El hematoma puerperal que es una tumefacción consecutiva al escape de sangre en el tejido conjuntivo debajo de la piel que cubre los genitales externos o la mucosa vaginal, en cuyo caso se llama hematoma vaginal, constituye también una causa, aunque muy rara, de este tipo de hemorragia puerperal.

Este tipo de hemorragia suele tener ciertas complicaciones, que aunque remotas son de gran transcendencia. La trombosis y el embolismo son de bastante frecuencia después de las grandes pérdidas de sangre y el desarrollo de infección no es del todo raro, a pesar de las precauciones asépticas, porque en la nerviosa premura con que generalmente se desea hacer ceder la hemorragia, se olvidan muchas veces los principios de asepsia.

Entre las secuelas más importantes de esta complicación deben mencionarse preferentemente hemorragia y edema de la retina con pérdida o no de la visión, estados

crónicos de enteritis, úlcera gástrica, debilitamiento permanente de la sangre y estados muy serios de neurastenia.

Para demostrar de una manera práctica algunas de las modalidades de esta complicación y recalcar al mismo tiempo las grandes dificultades que ella amenudo ofrece y sobre todo para señalar la importancia capital que tiene en estos casos el establecimiento del diagnóstico, vamos a presentar aunque de una manera sucinta, el informe de cinco casos de este tipo de hemorragia puerperal, entresacados al azar de los records de nuestro servicio obstétrico en la Clínica del Dr. Pila.

CASO NO 1.

Sra. C. D. S., primípara, blanca de 24 años de edad, ingresó el 19 de Agosto de 1938, a las 2 A. M. en nuestro servicio de maternidad en la Clínica del Dr. Pila con dolores de parto. Exámenes abdominal y rectal demostraron el feto en posición O. A. D. y buena función uterina. La paciente tuvo su alumbramiento normal y espontáneo a la 1:30 P. M., siendo el tercer estadio también normal y espontáneo. A las 10:00 P. M. de ese mismo día el interno reportó el uso de una amp. Ergotrate porque la loquía era abundante. A las 4:00 P. M. del siguiente día la paciente tuvo una hemorragia moderada. Subimos la paciente a la Sala de Parto e hicimos una inspección por medio del espéculo. La vagina tenía un coágulo grande y al limpiarla encontramos una laceración del cuello como de dos pulgadas de longitud en su lado izquierdo, la cual fué suturada inmediatamente, cediendo de esa manera el "oozing" continuo que venía exagerando la loquía de una manera alarmante. Como veréis el presente caso demuestra un parto normal en todos sus estadios, complicado por una hemorragia puerperal tardía a consecuencia de una extensa laceración del cuello.

CASO NO. 2.

Sra. C. G. S., blanca, secundípara, 22 años de edad, ingresó en nuestro servicio obstétrico de la Clínica, el día 18 de Enero de 1937, a las 9:00 de la mañana con dolores de parto. Historia obstétrica anterior, parto espontáneo y puerperio sin morbilidad en esta Clínica en Dic. 14 de 1936. Exámenes abdominal y rectal demostraron el feto en posición de Vértice anterior derecha. Eficiente contracción y retracción uterina. Alumbramiento espontáneo 3:45 P. M. Tercer estadio normal. La placenta, aunque completa, demostraba en una sección de su borde una pequeña denudación. Loquia inmediata normal. Empaquetamiento vaginal vaselinado 5:50 P. M. por abundancia de la loquia. Intensa hemorragia vaginal 5:00 P. M. al siguiente día. Se hizo traslado inmediato de la paciente a la Sala de Maternidad y se practicó un examen por el espéculo. La matriz estaba contraída pero se veía sangrar a través del cuello que estaba parcialmente obstruido por un coágulo grande de sangre. Se practicó un examen manual intrauterino encontrándose en el lado izquierdo del segmento inferior una placenta pequeña casi totalmente desprendida. Al completar su extracción la hemorragia cesó inmediatamente. Se hizo una transfusión que produjo escalofrío con hiperpirexia inmediata. Aparte de una pequeña elevación de la curva térmica, tipo séptico, que duró ocho días, la paciente tuvo una convalecencia sin incidentes, habiendo sido dada de alta, en magnífico estado, 13 días después de su ingreso. Este caso nos presenta una condición obstétrica rara, una placenta succenturiata, que motivó una intensa hemorragia puerperal, la cual puso en grave peligro, la vida de esta parturienta.

CASO NO. 3.

Sra. M. S. P., blanca, primípara, 26 años

de edad, ingresó en la Clínica a las 7:00 A. M., el día 14 de Septiembre de 1939. Exámenes abdominal y rectal demostraron el feto en posición de vértice anterior izquierda. Dolores fuertes y regulares, magnífica contracción y retracción uterina. Parto espontáneo 6:18 P. M. Tercer estadio normal. Puerperio normal. Alta décimo día. Hemorragia moderada al quinto día de estar en la casa. Reposo en cama, ergotrate, tónicos, duchas vaginales calientes. Como transeurían los días y la paciente continuaba sangrando, a pesar del tratamiento instituido, decidimos reingresarla en la Clínica para practicar un reconocimiento. El examen solamente demostró una retroversión de la matriz, con leve aumento en el tamaño del fondo uterino. Se practicó una reposición manual de la matriz y se dejó ésta en posición anterior fijada con un pesario del tipo Thomas. La sangre cesó casi inmediatamente después de repuesta la matriz, habiendo cedido por completo diez días más tarde. El presente caso nos demuestra un parto espontáneo, con puerperio aparentemente normal también, complicado sin embargo con una hemorragia puerperal 16 días después del parto, a consecuencias de una retroversión de la matriz.

CASO NO. 4.

Sra. P. T. P., trigueña, 25 años de edad, grávida V, ingresó en la Clínica el día 15 de mayo de 1935, a las 6 A. M. con intensos dolores de parto. Exámenes abdominal y rectal demostraron el feto en posición de sacro anterior y derecho. Buena contracción y retracción uterina. Parto espontáneo 10:30 A. M. Tercer estadio normal. Loquia inmediata normal. Pequeños coágulos en la loquia desde el tercer día post-partum. Leve elevación en la curva térmica desde el cuarto día. Hemorragia moderada el séptimo día. La paciente fué trasladada inmediatamente a la Sala de Partos para re-

conocimiento. El fondo de la matriz era grande y blando, en posición media, cuello patuloso que sangraba moderadamente. Se practicó entonces un examen manual uterino encontrándose un pólipo fibrinoso, muy adherido a la pared uterina, el cual motivó una gran pérdida de sangre durante el proceso de su extracción. Aunque después de la extracción del pólipo cesó la hemorragia, para mayor seguridad, se dejó un packing intrauterino vaselinado, ligeramente antiséptico, por 36 horas. El resto del puerperio tomó un curso normal. La fiebre cesó a los tres días y la paciente fué dada de alta, en muy buenas condiciones, a los catorce días de su ingreso en la institución. Este caso es interesante porque nos presenta una causa de hemorragia puerperal que es muy poco frecuente, nos enseña la formación de un pólipo fibrinoso, después de un parto espontáneo y normal en todos sus estadios, que produce no solo una hemorragia considerable, sino también da origen a un proceso séptico, que de no haber sido tratado a su debido tiempo pudo haber traído graves consecuencias.

CASO NO. 5.

Sra. I. F., trigueña, 38 años de edad, con historia de cinco partos anteriores, todos normales, ingresó en nuestro servicio a las 2:00 A. M. del día 3 de Septiembre de 1934, con hemorragia vaginal moderada y fuerte dolor de tipo cólico que se extendía por todo el bajo vientre. La paciente declaró que hacía aproximadamente tres meses había sido atendida de un aborto por una comadrona en su casa. Informó además que aunque la comadrona le había dicho que no había expulsado la placenta ella al quinto día en cama se sintió tan bien que se levantó a atender los quehaceres de su casa. Contó también que durante todo el transecurso de tiempo desde entonces hasta la fecha de ingreso no había tenido molestia alguna y

que en todo ese tiempo se sentía completamente bien, excepción hecha de haber tenido periodos muy prolongados. El día anterior a su ingreso en la Clínica, la paciente tuvo una pequeña pérdida de sangre, pero al siguiente día la sangre aumentó tanto en intensidad y sintió tanto dolor en el bajo vientre que atemorizada decidió hacer su ingreso en el Hospital. Examen bimanual demostró la matriz aumentada en tamaño, blanda de consistencia y en retroversión no muy marcada. Al especulum, el cuello apareció dilatado y con pequeñas erosiones, pudiendo observarse que la hemorragia era intrauterina. Se practicó entonces un examen manual intrauterino y con gran sorpresa encontramos una placenta, tamaño grávido de tres meses, que aún permanecía adherida al fondo de la matriz. Esta fué extraída con forceps de placenta y por su apariencia macroscópica llegamos a la conclusión de que se trataba de una placenta retenida alrededor de tres meses. La convalecencia de esta paciente se sucedió sin incidente alguno, habiendo sido dada de alta diez días después de su ingreso en la Clínica. Este caso nos ofrece la peculiaridad de demostrarnos una hemorragia verdaderamente tardía por retención placentaria post-abortum de tres meses de duración con la singularidad de que esta tan prolongada retención, excepción de motivar menorragia, subsistió todo ese lapso de tiempo, sin producir ninguna complicación o secuela.

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta condición se puede resumir en tres grandes reglas de orden general:

(1) En el establecimiento de medidas de orden profiláctico tendientes a evitar la ocurrencia de hemorragia.

(2) En el empleo rápido, pero inteligente y apropiado de los procedimientos activos que se usan para hacer cesar la hemorragia.

(3) Y en la institución adecuada de pla-

nes definitivos para la evitación de complicaciones y secuelas y restablecimiento rápido, a través de régimen dietético y terapia anti-anémica, del estado general de la paciente.

The routine use of the tuberculin test in prenatal care can be easily used in clinics and private practice for discovery of active tuberculosis. Unsuspected active tuberculosis occurred in 1.7% of those tested in one county in California where the early institution of collapse therapy prevented extension of the pulmonary disease. Ianne, Charles, Amer. Rev. of Tuber., Dec., 1939.

Considerable attention is paid to the infection of children by tuberculous teachers but the question of the infection of children by domestic servants has received little attention. The prevention of first infection tuberculosis involves the examination of domestics in homes where there are children. Teschendorff, V., Deut. Tuber. Blatt, 1938 and Bul. Hyg., June, 1939.

It is a significant fact that although there has been a tremendous decline in mortality from tuberculosis, there is evidence that the risk of household contacts has not been ap-

preciably reduced. As the disease declines it is apparently more and more concentrated in the immediate environment of the open case. Doull, James A., Amer. Rev. of Tuber., Dec. 1939.

Tuberculin testing of mental patients at the Peoria Hospital in Illinois disclosed the fact that 52% of the patients who were not in tuberculosis wards were positive to tuberculin and 23% showed definite evidence of pulmonary tuberculosis with an additional 11% who were classed as questionable. Among the schizophrenics, 23% had tuberculosis. In view of this incidence it would seem that tuberculin testing should become a routine procedure in admitting patients to mental disease hospitals and that positive reactors be X-rayed at regular intervals with particular attention to the dementia praecox group. Pollak, M. and Turow, I. L. Conf. U. S. Vet. Adm. Phys., 1938.

DISEMINACION DE LAS BACTERIAS EN LA CORRIENTE CIRCULATORIA DESPUES DE LA EXTRACCION DE LOS DIENTES*

RAFAEL DESHON, D. D. S.**

Los estudios clínicos y bacteriológicos de los últimos años referentes a las reacciones de los pacientes después de las extracciones de dientes son de suma importancia para Médicos y Odontólogos.

Las enfermedades orgánicas debidas a infecciones focales de origen dental es el gran eslabón que conecta las profesiones dentales y médicas. Los estreptococos, estafilococos y sus toxinas son los elementos más frecuentes en el proceso séptico de las infecciones focales, por lo tanto deberíamos conocer mejor sus potencialidades tratándose de dientes y tejidos bucales. Mas, no faltan algunos médicos y dentistas que se muestran pesimistas en cuanto a la importancia de las infecciones dentales y su repercusión en nuestro sistema general por el hecho de que frecuentemente la extracción de dientes sépticos no han eliminado las lesiones secundarias. Pero deberíamos recordar que muchas de esas infecciones tienen una historia patológica muy antigua, de tal manera que las lesiones secundarias se han establecido firmemente hasta el punto de declararse independiente del foco inicial y por consiguiente la eliminación de éste no puede beneficiar en mucho al primero.

De este modo es necesario que el exodonlista reconozca la importancia del tratamiento de los focos secundarios al momento de extraer los dientes. En caso en que tengamos una evidencia clínica de esta clase de

infección, no debemos perder la oportunidad de preparar una vacuna autógena de la infección metastásica. De otro modo perderíamos las posibilidades de fortalecer la resistencia del paciente contra la infección del foco secundario.

Cuando el cirujano extrae un diente infectado en un paciente afectado de alguna enfermedad sistémica, debe tomar precauciones a fin de que las raíces sean extraídas sin causar contaminación alguna, preparar un cultivo y si el médico lo desea, hacer una vacuna para combatir la enfermedad. Esta es una admirable oportunidad de hacer algo por el bienestar y felicidad de nuestro prójimo.

Es indiscutible que los dientes son un factor prominente en las infecciones focales. Dientes desvitalizados no tienen lugar en bocas de pacientes afectados de alguna enfermedad orgánica porque son fuentes potenciales de infección focal aun cuando no ofrezcan ninguna evidencia radiográfica. En nuestros laboratorios hemos obtenido cultivos positivos de casi todos los dientes desvitalizados, y si la vida o salud del paciente está en peligro es mejor sacrificar los dientes.

Confieso que me he desviado un poco de mi tema original, pero no quise perder la oportunidad de afirmar la importancia extrema de la cooperación del médico y del dentista cuando se trata de infecciones focales.

El reconocimiento de la relación patológica entre dientes infectados y otros órganos a distancia trajo como consecuencia ex-

* Trabajo leído en la sesión científica celebrada por la Asociación Médica de Puerto Rico, la Asociación Dental de Puerto Rico y el Club de Pensilvania, la noche del 31 de enero de 1939.

** Jefe del Departamento Dental del Abington Memorial Hospital, Filadelfia.

tracciones al por mayor que si bien muchas veces produjeron mejorías prodigiosas, sin embargo tuvieron también consecuencias fatales. Sería imposible calcular el número de víctimas causadas por extracciones dentales, pues son tantos los millones de dientes extraídos diariamente, que muchos casos no pueden observarse debidamente, porque los síntomas mórbidos muchas veces no aparecen, sino hasta muchos días después de la operación.

Blumers, bajo el título de: *The Tragedies of Tooth Extraction* comenta: "No podemos negar que serias complicaciones comunmente aparecen después de la extracción de dientes infectados." Y señala cuatro casos de muerte ocasionada de 12 a 14 días después de la operación. Dos de estos casos fueron cardíacos. Degeneración hepática aguda fué el factor dominante en uno y nefritis en el otro.

El Dr. H. D. Palmer confirma que en diez casos entre trece hubo fatales resultados después de extracciones múltiples.

CASO I — *Antecedentes Clínicos*: Varón, blanco de 44 años de edad, había gozado de una salud satisfactoria a pesar de una lesión congénital cardíaca que le había obligado a no hacer ejercicios innecesarios. No obstante, había podido llevar una vida de negocios sin ninguna dolencia física. Inmediatamente después de la extracción de varios dientes en Diciembre de 1936, empezó a quejarse de debilidad general, sudores y fiebre de un tipo séptico. La temperatura por la mañana era generalmente normal, pero por la noche subía hasta 100 y 101°

Examen: El pulso llegaba a 110. Había un ruido duro e intenso entre el segundo y tercer espacio intercostal hasta el esternón. A pesar de su gran intensidad, el ruido no era ampliamente transmitido y no se extendía más de 5 cms. más allá de la vál-

vula pulmonar; el ruido era sistólico en ritmo y continuaba a través de casi todo el diástole. El bazo era palpable pero no doloroso. Los cultivos de la sangre mostraron la preeminencia de los *estreptococos viridans*.

Curso: Esta condición continuó sin mucha novedad por un año. Sin embargo, el paciente sufría de sudores copiosos por las noches y ligera fiebre. Pero en las últimas cuatro semanas se quejaba de dolores en los pulmones. Varios cultivos positivos de *estreptococos viridans* fueron obtenidos. El paciente murió en Diciembre de 1937. El diagnóstico fué de una endocarditis bacteriana subaguda implantada en una anomalía congénital.

Autopsia: Cierta cantidad de pus se encontró en la cavidad pleural. El corazón pesaba 550 gms. con un diámetro transversal de 15 cms. El lado derecho estaba especialmente agrandado. También la arteria pulmonar se había ensanchado considerablemente y ofrecía masas vegetativas a lo largo de sus paredes. Esta lesión explica el origen de la pericarditis pues *estreptococos viridans* se encontraron en el exudado pericardial.

La disección de las arterias pulmonares reveló múltiples aneurismas mióticos variando en diámetro de unos pocos milímetros a tres centímetros. Fenómenos embólicos no se verificaron en ninguna parte de la gran circulación. Los órganos sufrieron los cambios usuales de cualquier congestión crónica. El bazo pesaba 620 gms. y era firme y de un color rojo.

Comentario: A pesar de la lesión congénita del corazón, este paciente estuvo aparentemente bien hasta el momento en que se le extrajeron los dientes. Signos de sepsis aparecieron inmediatamente y *estreptococos viridans* fueron encontrados en la sangre. Embolismo en la circulación pulmonar resultó del desarrollo de múltiples aneu-

rismas mióticós. Embolismo en la gran circulación fué posible pero aparentemente no ocurrió.

CASO II — Historia: Este paciente de 60 años, sintió escalofríos y fiebre y tuvo que guardar cama después de la extracción de los dientes inferiores. Anteriormente se había quejado de ciertos disturbios cardíacos pero no tenemos una descripción clínica exacta de esta lesión preexistente.

Había recuperado suficientemente para regresar a su trabajo cuando se decidió a remover los dientes superiores que aparecían rodeados de tejidos gingivales sépticos. Esta intervención quirúrgica fué seguida de fiebres nocturnas, pérdida de peso, debilidad general y sudores.

Examen y curso: *Streptococcus viridans* fueron encontrados en la corriente circulatoria. Evidencia física de una lesión miótic. El proceso fué séptico y la muerte ocurrió dentro de seis meses. La autopsia no fué permitida.

Comentario: La historia clínica sugiere que hubo bacteremia después de las primeras extracciones, con posible mejoría pero que otra bacteremia fatal progresiva con una evidente endocarditis se desarrolló inmediatamente después de la eliminación general de los dientes superiores.

Puedo asegurar que cada uno de vosotros aquí reunidos ha visto más de una vez los síntomas de un proceso inflamatorio consecutivo a la extracción de dientes.

Sería interminable mencionar los nombres de autores y clínicos eminentes que nos han informado de casos concretos de complicaciones originadas de extracciones dentales. Esta es la razón por la cual mi tema "Diseminación bacteriana en la corriente circulatoria después de la extracción de dientes", merece una consideración especial en nuestras relaciones médico-dentales.

Investigaciones clínicas en este sentido han sido llevadas a cabo por Okell y Eliot, Burket, Burn y Hopkins y confirmadas por Fowler y Lapp en los laboratorios del Abington Memorial Hospital de los cuales el Dr. Eiman es Director General.

Estos investigadores han señalado que inmediatamente después de la extracción de algún diente, sea vital o no, muchos pacientes han experimentado una bacteremia temporal que dura de dos a quince minutos.

De un total de 18 casos estudiados en los laboratorios del Abington Memorial Hospital se obtuvieron cultivos positivos cuando dichos cultivos fueron tomados dos minutos después que el diente había sido removido. Solamente un cultivo positivo fué encontrado en un grupo de 15 casos cuando dichos cultivos fueron tomados diez minutos después de la extracción.

Todos estos bacteriólogos reconocen que dicha bacteremia es pasajera.

A continuación damos una relación de las varias clases de bacterias encontradas en la sangre de 13 casos posteriores a la extracción de dientes.

<i>Caso No.</i>	<i>Bacteria encontrada</i>
1.	<i>Streptococcus</i> no hemolíticos
2.	<i>Micrococcus</i>
3.	<i>Micrococcus</i>
4.	<i>Streptococcus viridans</i>
5.	<i>Streptococcus viridans</i>
6.	<i>Streptococcus viridans</i>
7.	<i>Staphylococcus aureus</i>
8.	<i>Strepto-viridans</i> y <i>micrococcus</i>
9.	<i>Strepto-viridans</i>
10.	Non-hemo-strepto-y estafilo-aureos
11.	<i>Strepto-viridans</i>
12.	<i>Strepto-viridans</i>

Esos microorganismos no son necesariamente los mismos encontrados en las infecciones periapicales. Burket y Burn han

constatado que los pigmentos rojos que producen los organismos *B. prodigiosus* cuando se pintan en las encías justamente antes de la operación, han sido en cierto número de casos, recogidos luego de la corriente circulatoria después de la extracción. Esto indica que las bacterias pueden originarse en las encías.

Un experimento muy significativo llevado a cabo en relación con las bolsas piorreicas dió por resultado lo siguiente:

Examen bacteriológico de las bolsas descubrió los microorganismos usuales: *Streptococos viridans*, *Estafilococos aureos*, *Pneumococos*, etc. El examen de la sangre, negativo. Pero después de haber hecho al paciente masticar en una pieza de caramelo duro otro cultivo de la sangre mostró ya la existencia de estreptococos viridans y aureos.

Lo que pasa es que cuando el diente ha perdido gran parte de los soportes periodontales, al masticar, el diente funciona como un embolo proyectando las bacterias y toxinas en la dirección de menos resistencia, es

decir en la circulación.

Hasta qué grado esta diseminación de las bacterias afecta al paciente es algo que no podemos precisamente calcular, pero cuando tenemos la evidencia de casos fatales consecutivos a extracciones de dientes, es ya tiempo que tomemos serias precauciones y medios preventivos cuando tratemos de condiciones debilitantes, particularmente de las lesiones del corazón. Primeramente recomendar no extraer más de dos dientes en una visita. Segundo, el paciente debería ser preparado siguiendo un proceso de defensa contra la invasión bacteriana administrando 15 grs. de sulfanilamida 24 horas antes de la extracción y continuando una dosis de 7 grs. cada 4 horas después de la operación durante otras 24 horas.

Nosotros como profesionales tenemos una muy alta y noble misión que cumplir: la de aliviar y proteger la vida de la gran humanidad doliente. Tratemos pues, cada uno de nosotros de poner nuestro pequeño grano de arena en esta labor eminentemente humanitaria.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO TEMPRANO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

MIGUEL F. GODREAU, M. D.

Guayama, P. R.

La ciencia médica moderna ha progresado al punto que ha hecho de la Tuberculosis Pulmonar una enfermedad *evitable*, y lo que es aun más sorprendente, *curable*. Sin embargo aun hoy día no podemos efectuar invariablemente en todos los casos positivos una curación satisfactoria —la curación exige pues, una condición muy importante para poder verificarse ésta en la gran mayoría de los enfermos— éste gran secreto lo encierra la frase: *Diagnóstico Temprano*.

El Departamento de Sanidad de Puerto Rico, Servicio de Tuberculosis, tiene hoy a su disposición todos los medios y métodos modernos de reconocido valor para llegar a un *Diagnóstico Temprano Definitivo* de la Tuberculosis Pulmonar. Los principios que se aplican para llegar a este fin son los siguientes:

- | | |
|------------------------|--|
| Por Métodos Directos | (1—Exámenes Fluoroscópicos y Radiográficos |
| | (2—Exámenes de Espujo |
| | (3—Pruebas cutáneas de Mantoux |
| | (4—Exámenes físicos |
| | (5—Historiales clínicos |
| Por Métodos Indirectos | (1—Estudios de Contactos |
| | (personas que han sido |
| | (expuestas al contagio |
| | (por convivencia con el |
| | (paciente enfermo. |
| | (2—Estudio de surveys a |
| | (grandes grupos de in- |
| | (dividuos — entidades |
| | (industriales y plante- |
| | (les de enseñanza. |

Debemos recordar que individualmente cada uno de estos métodos tiene sus limitaciones, pero que en conjunción proporcionan evidencia positiva o negativa definitiva. En particular, la dualidad de examen *radiográfico y esputo* es la más poderosa y suficiente para esclarecer la verdad diagnóstica en la gran mayoría de los casos, más al contrario, los exámenes físicos muchas veces nos dan una información limitada, dudosa, y hasta errónea. Deseo referirme muy especialmente al uso del *estetoscopio*, instrumento en el que muchos médicos aún hoy día tienen una confianza abierta y final a sus hallazgos clínicos en exámenes del pecho. Nuestra experiencia milita en contra de este método diagnóstico en la tuberculosis pulmonar, pues la mayoría de las veces, la enfermedad se hace perceptible solo en sus estados más avanzados, cuando el daño a los tejidos pulmonares es considerable para el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar, el estetoscopio es pues, casi inservible.

La efectividad de una Campaña Antituberculosa vista principalmente desde el punto de Salud Pública descansa fundamentalmente en el Diagnóstico Precoz de la Tuberculosis Pulmonar.

Debemos considerar en este sentido 3 factores importantes:

- 1.—El Paciente
- 2.—Contacto
- 3.—Surveys

1.—La importancia de establecer un diagnóstico definitivo temprano de tuberculosis pulmonar en el paciente se basa principalmente en el *pronóstico ulterior* del caso existente. Es obvio que en tales circunstancias, el pronóstico es mucho más favorable en un caso mínimo que en un caso moderadamente avanzado y de igual modo, un caso moderadamente avanzado, tiene mejor pronóstico que un caso muy avanzado. Nuestras estadísticas en el Centro de Guayama en el Año Calendario de 1939 demuestran en parte este principio claramente.

TOTAL DE CASOS QUE RESULTARON POSITIVOS — 262.

		Neumotórax efectivo
Mínimos	57	— 82.%
Mod. avanzados	92	— 57.%
Muy avanzados	113	— 30.%

Estos números representativos traen a luz la efectividad variable del Neumotórax Artificial de acuerdo con el grado de enfermedad presente. También esclarecen que la mayoría de los casos que vienen a exámenes del pecho, resultan ya moderadamente avanzados 35% y muy avanzados 43%—total de estos dos grupos 78%.—He aquí una de las razones poderosas que

obscorecen en el presente los resultados brillantes de la Campaña Antituberculosa en Puerto Rico.

Otro punto de importancia que lleva consigo el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar en el paciente es la *separación temprana* de éste del resto de los familiares —es conocido ya que la condición bacilífera y consecuentemente potencialidades de propagación varía directamente con el grado de enfermedad presente.

2.—El estudio de Contactos es de gran importancia en el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar, pues las personas allegadas al enfermo, son las más propensas al contagio y naturalmente, los que necesitan mayor vigilancia y control.

3.—El estudio de Surveys tiene por objeto controlar la propagación de la enfermedad, donde existen grandes grupos de individuos, como planteles educativos y entidades industriales. Esto simplemente se hace efectivo separando los casos hallados enfermos del resto de los individuos normales.

En resumen, la tuberculosis pulmonar es hoy día una enfermedad curable en la gran mayoría de los casos, siempre y cuando el diagnóstico temprano se haya establecido y subsecuentemente el tratamiento adecuado instituido.

LA GONORREA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SALUD PUBLICA

E. QUINTERO, M. D.*
Santurce, P. R.

El Servicio de Salud Pública Federal ha dicho que una enfermedad como la gonorrea, que ataca mas de dos millones de personas constantemente, debe ser considerada como creadora de un problema de salud pública. Su incidencia en los Estados Unidos es dos veces la de la sífilis y, sin duda alguna, con la misma frecuencia ocurre en nuestra comunidad. Por lo tanto, el Departamento de Sanidad debe organizar y poner en práctica medidas para su control, tal como lo hace con la tifoidea, la tuberculosis y las demás enfermedades transmisibles.

Ha llegado el momento que para que un programa de salud pública sea completo es menester considerar la inclusión del control de la gonorrea entre sus funciones mas importantes. No sería la política mas saludable el gastar grandes sumas en mejorar las condiciones sanitarias del pueblo, en fomentar la salud infantil y el desarrollo normal de los niños, curando sus infecciones y corrigiendo sus defectos físicos congénitos, si todo ello habría de anularse en un buen número de casos, debido al fracaso de no poder controlar las actividades de la infección gonocócica.

El verdadero tributo que la humanidad rinde a la gonorrea debe medirse en términos de sufrimiento humano, de debilidad física, en términos de afecciones de la vista y pérdida de capacidad procreativa, en pérdidas económicas y sociales; ya que por ella se rompen muchas veces los vínculos

matrimoniales, y, los afectados pueden perder su capacidad para ganar el sustento. Para comprender la importancia de esta infección como problema de salud pública debemos tomar en consideración, sobre todo, el crecido número de casos nuevos que necesitan tratamiento y los muchos de éstos que se tratan ellos mismos o se dejan tratar por charlatanes.

El duelo nacional y la compasión internacional acompañados de un vivo interés público se hacen prominentemente visibles cada vez que un temblor de tierra, una inundación o una conflagración ocurre en un pueblo donde mueren 100 y se hieren otros tantos. Sin embargo, por miles de años conocemos los estragos a las vidas humanas ocasionados por la gonorrea sin que los publicistas hubieran dado sitio prominente en sus periódicos a tan dolorosa realidad humana. Año tras año, se repite la devastación y así vemos que en los Estados Unidos se informan 998 muertes causadas por la gonorrea durante el último año. Esta cifra desde luego, es ridícula, ya que un gran número de muertes directa o indirectamente debidas a la gonorrea aparecen con otros diagnósticos por razones sociales injustificadas o por errores de diagnóstico. La verdad es que las muertes e incapacidades físicas ocasionadas por esta enfermedad dejan muy en la sombra las ocasionadas por las catástrofes mas dramáticas, que a base de publicidad desarrollan tanta excitación pública.

En lo que a esta enfermedad se refiere, la falta de conocimientos prácticos, por el

* Jefe de la División de Enfermedades Venéreas del Departamento de Sanidad Insular.

público, ha igualado el desmedido de los círculos científicos. Hasta ahora, la conspiración de silencio tramada alrededor del aparentemente humilde gonococo ha sido aun mas fuerte y frecuente que la que ha rodeado al treponema pálido. Esto ha sido así tanto por parte del público en general como entre los profesionales.

Sólo con la divulgación de conocimientos médicos sobre esta enfermedad no se puede conseguir su control absoluto; y es por ello que el Departamento de Sanidad, en su campaña de control de las enfermedades venéreas, ofrece los siguientes medios:

1.—El Departamento de Sanidad tiene una División dedicada al control de la gonorrea y la sífilis.

2.—Se requiere información de casos con la enfermedad, con detalles suficientes para que la oficina central pueda enterarse de la extensión y magnitud del problema con que se afronta.

3.—Libre de costo se ofrecen medios y métodos modernos de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad.

4.—Se ofrecen facilidades de tratamiento para todos los casos y se facilitan drogas a médicos y clínicas si así lo desean.

5.—La curación de los enfermos es el único medio para evitar la propagación de la enfermedad. Suficiente personal está entrenado para seguir los casos de cerca y requerir el regreso de los que se sustraen al tratamiento.

6.—Sabiendo que tal programa requiere especialización profesional e ilustración pública, se está llevando a cabo un programa de ilustración entre la clase media y de educación pública.

Nuestros conocimientos sobre la biología del gonococo no serán perfectos, pero sí sabemos bastante para comprender la relación entre las distintas afecciones que él

causa en el organismo humano. Sabemos que nos enfrentamos con una enfermedad adquirida por contacto directo, de lo cual casi siempre el paciente puede hacer memoria. Como el período de su incubación es corto, la fuente de infección casi siempre sigue contagiando a otros antes de que aparezcan los síntomas clínicos que dan aviso a la víctima.

En esta era moderna en que estamos haciendo cuanto podemos para controlar la gonorrea es de vital importancia la determinación de cuándo un paciente está curado y cesa de ser contagioso. Hoy, debido al moderno tratamiento con Sulfanilamida y sus derivados, con vacunas, con hormonas y con fiebres artificiales, la determinación de una curación completa reviste mas interés, ya que estos procedimientos pueden ocultar manifestaciones de la infección aunque ésta permanezca latente o dormida.

Para decidir si una curación es completa se necesita, primordialmente, capacidad para determinar la ausencia o presencia del gonococo por medios clínicos y bacteriológicos. Para ello hemos de atenernos al siguiente criterio:

(A) Entre varones:

1.—Dejar pasar una semana sin tratamiento.

2.—Secreciones uretrales y prostáticas deberán ser negativas al tinte directo y a los cultivos bacteriológicos.

3.—Masaje sobre sonda uretral seguido de tñido y cultivo de las secreciones obtenidas que deberán ser negativas.

4.—Secreciones prostáticas después de masaje deberán ser negativas al tinte directo y al cultivo.

5.—Negatividad del examen y cultivo de secreciones después de inyecciones uretrales de $\frac{1}{2}$ al 1% de nitrato de plata.

6.—Negatividad del examen y cultivo de

secreciones después de haber ingerido licores alcohólicos.

7.—Negatividad del examen y cultivo del semen obtenido de un coito debidamente protegido por condón.

8.—Repetir con un mes de intervalo todo el procedimiento anterior por dos veces.

9.—Esperar seis meses antes de entregarse al coito sin protección.

(B) Entre mujeres:

1.—Seis consecutivas muestras a tinte directo y cultivos de la uretra, cuello del útero y glándulas de Bartholin deberán dar resultado negativo.

2.—Negatividad de muestras tomadas un día sí y uno no, durante la menstruación

y antes y después de ella.

3.—Si se usan procedimientos provocativos deberán ser seguidos de tintes y cultivos de la secreción con resultado negativo para gonococo.

4.—Repetir los exámenes por 5 veces a intervalos de un mes.

(C) Entre niñas menores:

1.—Seis muestras consecutivas para tinte y cultivo de la vagina, cuello y rectum deberán dar resultado negativo.

2.—Si se usan procedimientos provocativos deberán ser seguidos de tintes y cultivos de la secreción con resultado negativo para gonococo.

3.—Repetir procedimiento anterior 5 veces consecutivas a intervalos de un mes.

REMOCION DE MANCHAS DE ACIDO PICRICO

Muchos químicos han sufrido de las manchas producidas en su piel por el ácido pírico, y por lo tanto recibirán con agrado el hallazgo de uno de sus colegas, quien ha descubierto que si se aplica colodión a

la mancha y se deja secar, al retirar la fina capa formada, ésta se traerá consigo el ácido pírico.

(Tomado del *Medical Topics*, enero 1940)

LA PREPARACION ACADEMICA COMO BASE DEL EXITO PROFESIONAL*

O. COSTA MANDRY, M. D.

*Presidente, Asociación Médica de Puerto Rico.
Santurce, P. R.*

Correspondo a una atenta invitación de la presidenta de vuestro comité de programa para abrir este acto en celebración de la vigésima cuarta asamblea anual de vuestra asociación de enfermeras graduadas. Aprovecho la ocasión para daros en nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico, que me honro en presidir, la más cordial bienvenida a nuestra casa, y para desearos éxito en vuestros trabajos y exhortaros a continuar laborando, con ahínco cada vez mayor, por el bienestar de nuestro pueblo en el cumplimiento de vuestras obligaciones profesionales y a través de las actividades de esta agrupación.

Como miembro de la profesión médica, guardo en lo más íntimo de mi ánimo una especial admiración para la mujer que dedica su vida al cuidado científico de los enfermos o a ayudar al médico en la solución de problemas que a diario nos presenta la salud del prójimo.

La enfermera graduada que en verdad merece tal título es digna de encomio, no sólo por el sentimentalismo que en nosotros despierta su desvelo en la brega con la humanidad doliente, sino también, —y quizás sobretodo—, porque es un instrumento indispensable y, casi sin parangón, en la lucha organizada de las ciencias médicas y del arte de curar contra las enfermedades.

La enfermera que conoce a fondo y a conciencia sus funciones como tal, no es meramente un alma caritativa, como anta-

ño, con poca o ninguna preparación, que a la cabecera del enfermo trata buenamente de aliviarle en sus dolencias. Mucho menos debe ser una mujer que en el diario batallar por la existencia, busca simplemente una manera de ganarse el pan, como si de un trabajo manual cualquiera se tratase, sin más trascendencia ni responsabilidades. Santa y buena es la caridad para con el prójimo enfermo. Respetable, natural y lógico es que la enfermera, al igual que cualquier otro profesional, se gane la vida en el ejercicio de su misión. Pero en estos tiempos de adelantos médico-científicos en que vivimos, la enfermera graduada debe ser algo más. Debe ser un símbolo vivo de las conquistas que a través de largos años hemos ido logrando contra la superstición, la rutina y contra innumerables ideas erróneas descabelladas y estrambóticas.

Ser enfermera no es simplemente vestir de blanco y *cuidar* enfermos. Es mucho más: es ejercer una noble profesión que hoy ocupa un puesto de primera importancia en el ejercicio de la medicina y todas sus especialidades. Ser buena enfermera equivale a tener vocación, inclinación natural, buena disposición y el firme propósito del estudio constante para estar al tanto de los nuevos acontecimientos médico-científicos. Requiere además cierto gusto, arte o maña en el desempeño de las funciones que le son peculiares. Su trabajo exige cooperación con el médico, con el enfermo y sus familiares, para poder rendir el máximo de beneficios. Pero todo esto, a pesar

* Leído ante la Asamblea Anual de las Enfermeras Graduadas de Puerto Rico, Febrero 8, 1940.

de lo mucho que significa y representa, no será suficiente si no está disciplinado por una rigurosa técnica, resultado de adecuados estudios preliminares y avanzados.

Lo mismo que nuestra profesión, la vuestra está llamada a asumir una responsabilidad orientadora en nuestra isla dentro de las esferas que le son peculiares, y debe aspirar también a ejercerla aún más allá de nuestros límites geográficos. Tal misión carecería de autoridad sino tuviera por fundamento una sólida preparación científica, seguida de cursos post-graduados en que se amplíen los estudios preliminares. El reconocimiento por vuestra parte de los graves daños que la ignorancia y la instrucción incompleta o deficiente causan al enfermo y a la comunidad toda, ha traído por consecuencia la implantación de requisitos académicos que además de prevenir estos males, prestigian vuestra profesión y le dan armas con que ir afrontando las exigencias de los adelantos médicos.

Al igual que la medicina, vuestra profesión comenzó como un arte, pero al igual que la nuestra ya haec tiempo que rebasó los límites de un arte para entrar también de lleno en el campo científico, para convertirse en una ciencia en toda la extensión de la palabra. La escuela o universidad no siempre haec al profesional, su principal misión es inculcarle principios básicos y métodos de organización y orientación en el trabajo. El éxito en la conquista de las ciencias requiere una constante perseverancia de nuestra parte después que salimos de la escuela; y es inculcando esta doctrina que una buena escuela, una institución fundada en sabios principios, ejerce enorme influencia sobre el futuro del alumno.

En el mundo en que nos ha toecado vivir, en el que todo tiene que ponerse a tono con el fluir aerodinámico pero complicado de la vida moderna, verificamos que el tratamiento de una enfermedad no siempre de-

be terminar con la convalecencia. Con frecuencia debe ir mucho más lejos, hasta que el paciente se haya reintegrado por completo a su vida ordinaria; y, a veces, hasta cambiar ésta radicalmente o suplantarla por otra enteramente nueva. Este hecho debe ser tomado en consideración por las enfermeras, particularmente por aquellas que se especializan en los aspectos más marcadamente sociales de la profesión.

La profesión de enfermera es relativamente joven en nuestra isla y puede decirse que data, más o menos, del principio de la dominación americana; estableciéndose la primera escuela de enfermeras en 1903. Antes, vuestra profesión estaba limitada casi exclusivamente a las religiosas.

En el 1907 se graduó el primer grupo de enfermeras. ¿Cuáles eran los requisitos académicos de estas primeras enfermeras que abrieron paso a la actual generación? Saber leer y escribir únicamente. Poco a poco pero de manera firme y constante fué exigiéndose mejor preparación. En el 1925 se exigió octavo grado, en 1934, segundo año de escuela superior; y en el 1939, cuarto año de escuela superior. En 1925 empezaron a reglamentarse las escuelas de enfermeras. En la actualidad hay siete escuelas de enfermeras en la isla organizadas bajo idénticos requisitos de instrucción preliminar y cursos de estudios determinados por ley, unificándose así la preparación en todas ellas.

El futuro de la enfermera en nuestra isla se presenta lisonjero; pero mucho depende de cómo lo encaucéis. El éxito es difícil de alcanzar, pero cuando llega suele ser duradero; y en una profesión como la vuestra debe estar cimentado sobre bases sólidas y fuertes para que las futuras generaciones puedan continuar edificando sobre la estructura construída por vosotras.

El campo de acción de la enfermera de hoy, es tan vasto y complicado que no per-

mite a una sola persona abarcarlo todo eficazmente. Siguiendo el desarrollo de la medicina, la profesión de enfermera ha sufrido una transformación al igual que aquella. La aparición de nuevas ciencias relacionadas con las nuestras como resultado del descubrimiento de las bacterias y los principios de inmunología, abrieron nuevos cauces en nuestras profesiones, se crearon nuevas técnicas y se ensancharon los horizontes de nuestros vastos campos de acción. Así vemos como aparecen las especialidades en vuestra profesión, la que se dedica al cuidado del enfermo, a la cirugía, a la anestesia, al laboratorio, etc. y tan importante como cualquiera de ellas, la que exclusivamente se ciñe a la enseñanza de futuras enfermeras.

En Puerto Rico, particularmente, nuevas etapas os invitan a mayores conquistas. Hay necesidad imperiosa de enfermeras bien

preparadas para iniciar, encauzar o mejorar muchos de estos campos de especialización.

Dijo un gran sabio español que la ciencia es cosa de conciencia. Pero vuestro primer deber de conciencia es adquirir los conocimientos necesarios para poder juzgar los problemas profesionales y poder percatarse con entera claridad de su aplicación práctica en la diaria labor.

Permítaseme repetir, pues, que la preparación académica en todas las profesiones, y especialmente en aquellas dedicadas a la conservación y protección de la salud y la vida de nuestros semejantes, debe constituir el cimiento sobre el cual ha de levantarse la estructura profesional. A nosotros corresponde velar porque según progresa el mundo y avanza el saber humano, esta preparación también siga al compás de los tiempos.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII MARZO, 1940 Número 3

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

EDITORIAL

DR. JOSE S. ARRACHE

En las postrimerías del 1916, con todo el empaque de una juventud llena de promesas, y con todo el aplomo de una vida consagrada a las disciplinas del estudio y de la observación, arribó a Yauco, procedente de Aguadilla, su pueblo natal, nuestro inolvidable compañero el Dr. José S. Arrache. Veinte y cinco años más tarde en la madrugada del 21 de enero de 1940, presintiendo con heroico estoicismo que la hora de la partida había llegado, con ascos de gran señor escogió displicente y sereno su rumbo.

Desde el año 1922, conservamos entre nuestros papeles esta carta del malogrado compañero.

Yauco, Puerto Rico
Septiembre 7, 1922.

“Mi querido Guzmán: Dispensa mi tardanza. He tenido enfermos en Aguadilla (familiares) y no he podido abandonar los de Yauco. Pensaba verte personalmente y co-

mo no me ha sido posible, quiero que esta sea contestación a la de Mayo y Agosto último.

Tu recomendado de Guánica vino a verme hace un mes, después de haber estado tres, dando tumbos por diferentes hospitales de la isla con tu carta recomendación en el bolsillo. Arruinado física y económicamente, y abandonado finalmente por su mujer, vino al fin con tu carta donde mí. Aleccionado por Cervantes, aunque no “sabio”, he querido ser “prudente y discreto” y lo he embalsado para E. U.

Como mi trabajo solo consistió en ponerlo en contacto con su esposa y con sus familiares que son gentes de medios, y recomendarlo al Skin and Cancer de Nueva York, huelgan tus gracias que no merezco.

He venido recibiendo y leyendo con sumo gusto “El Policlínico”.

Te affmo. amigo

ARRACHE.”

En Septiembre del 1937, después de un viaje de estudios por Estados Unidos y a reconocimientos de clientes y amigos que residían en la Capital de la isla, el Dr. Arrache, trasladó su residencia y consultorio al poblado de Santurce. Meses después, sus consecuentes amigos de Yauco, reclaman nuevamente su retorno con esta conmovedora epístola.

“Al Dr. José S. Arrache, Santurce, P. R. Nosotros, los abajo firmados, que como Ud. sabe hemos sido sus consecuentes clientes, cada día que pasa lamentamos más hondamente y especialmente cada vez que tenemos la desgracia de tener un enfermo en nuestra casa, su ausencia. Y deseando fervientemente su retorno, nos permitimos dirigirle la presente, rogándole reflexione y medite muy mucho antes de decidir la petición que le estamos haciendo. No es nuestro propósito causarle molestias o perjuicios, pero usted comprenderá que es humano que uno haga gestiones encaminadas a todo aquello que juzgue de gran conveniencia personal. Y como es natural, nosotros estamos interesadísimos en volver a tener aquí a nuestro médico y a nuestro amigo, al primero por nues-



DR. JOSÉ S. ARRACHE

*Distinguido compañero fencido en la ciudad de Aguadilla el día 21 de
enero de 1940.*

tra tranquilidad personal, al segundo porque siempre es grato convivir con una persona a quien se quiere y aprecia como si fuere un miembro de nuestra familia. Yauco es su pueblo, usted lo sabe, aquí nadie como usted ha sabido afinar afectos tan profundos como los que usted con sus grandes méritos profesionales, su cortesía y caballerosidad ha sabido conquistar. Vuelva Dr. Arrache, sus amigos y pacientes fervorosamente se lo suplicamos. Este es su pueblo, se lo repetimos, donde todo el mundo lo quiere y sabe apreciar su capacidad profesional. Yauco, P. R. Enero 24 de 1938. Arturo Lluberás, Asunción N. de Lluberás y Suni Guisjarro de Lluberás, Angela Roig Marietty, Nené A. de Cesary, Grace Spencer Phillips, Irene O'Neill, María Aurora Pietri y Manolito Vicario, Edith F. Dastás, Rita E. Vda. Mattei, Monserrate M. de Mejía, Aida Mejía de Roig, Rev. Padres Dominicos, Ldo. Eduardo Quiñones Martorell, Rafael Mejía Nigaglioni, Carolina Mattei Lluberás, Mercedes Paoli Mattei, Silvestre Bartolomei y familia, Siguen doscientas firmas más."

"Yauco es su pueblo", le decían en Enero de 1938 los corsos y los puertorriqueños de Yauco; los americanos de Guánica; los Reverendos Padres Dominicos de Enseñada; los hacendados ricos de Indiera Alta. "Yauco es su pueblo". Vuelva Dr. Arrache, sus amigos y pacientes fervorosamente se lo suplicamos", musitaban a su vez los pobres y los desvalidos de la montaña yaucana. Y cuando Pepe Arrache vió junto a la firma de Arturo Lluberás, los rasgos indecifrables de la firma de Fico Pabón, un indigente agradecido, volvió otra vez junto a sus amigos del 1916.

Cuando recordamos la figura simpática y atrayente de aquel noble amigo, y recordamos su vida que simbolizaba las severas disciplinas de un carácter recio y arrogante, no comprendemos cómo podía mantener inmerso su espíritu selecto en las penitencias de una humildad extrema. Cuando lo recordamos como clínico sagaz y como cirujano habilísimo, domeñando con elegancia

las tareas más difíciles de su arte, no compartimos su tenaz deseo de mantener oculta su valencia. Cuando recapitulamos su cultura sólida, de la cual solo se mostraba dadivoso en las íntimas devociones, entonces sí, que comprendemos y admiramos aquel sobrio sibarismo que envolvió siempre aquella vida rara, noble y ejemplar. Pero así fué su vida. En aquel plano de vida tan lleno de devociones y de renunciaciones, una tarde de Enero fué a ver las montañas de su pueblo, Aguadilla, y allí, calladamente descendió hacia el abismo del Nirvana.

"Yauco que era su pueblo" rindió este homenaje a su memoria.

"RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNICIPAL DE YAUCO, CON MOTIVO DEL FALLECIMIENTO DEL DR. JOSE S. ARRACHE

POR CUANTO: En el año 1916 llegó al pueblo de Yauco el Dr. José S. Arrache, radicando aquí su residencia y dedicándose al ejercicio de la medicina y cirugía;

POR CUANTO: Como médico y cirujano prestó su profesión;

POR CUANTO: En su ministerio prodigó el fecundo caudal de sus conocimientos con verdadero espíritu de sacrificio y sin tomar en consideración ni el origen racial, ni el credo político, ni la afiliación política, ni la condición económica, ni el nivel social del que tocaba sus puertas en busca de salud;

POR CUANTO: El Dr. José S. Arrache, fué médico de Beneficencia de este MUNICIPIO, habiendo formado parte de la administración MUNICIPAL de Yauco, y ya desde dicho cargo, ya fuera de él, realizó obra humana y científica en el Hospital Municipal de Yauco en favor de los pobres y de la comunidad en general;

POR CUANTO: La vida austera del Dr. José S. Arrache fué de dedicación al estudio y al trabajo, y sirvió de ejemplo por su honrabilidad de bien, su desinterés y amor a la humanidad;

POR CUANTO: Aunque calladamente hizo

obras de filantropía que no dejó nunca trascender al conocimiento público;

POR CUANTO: El Dr. José S. Arrache se identificó con este pueblo, considerándolo la comunidad como un Yaucano;

POR CUANTO: El Dr. José S. Arrache fué un verdadero benefactor del pueblo de Yauco, y,

POR CUANTO: El Dr. José S. Arreche, en plena juventud y cuando se esperaba de él aún mayores beneficios, falleció repentinamente en su pueblo natal, Aguadilla, el día 21 de enero de 1940;

POR TANTO: La Asamblea Municipal de Yauco, interpretando el pensamiento del pueblo de Yauco, por la presente resuelve ex-

presar y expresa a nombre de esta comunidad, a la viuda, hijos, hermanos y demás deudos del ilustre extinto, Dr. José S. Arrache, su profundo sentimiento de duelo.

Copia certificada de esta resolución se remitirá por el Secretario a los familiares del Dr. José S. Arrache y se publicará en la prensa del país.

Yauco, P. R. Febrero 5, de 1940. RAFAEL MEJIA, Presidente Asamblea Municipal. DULCIDIO QUISONES, Secretario Auditor Municipal."

Dr. M. Guzmán Rodríguez

PLAZAS PARA MEDICOS

En contestación a una carta dirigida por esta presidencia a los señores Alcaldes de la isla, hemos recibido hasta la fecha noticias de la existencia de plazas para médicos en las siguientes poblaciones:

Comerio y Vieques.

Gustosamente daremos a los compañeros interesados amplia información en cuanto a sueldo, deberes y demás pormenores relacionados con dichas vacantes.

Dr. O. Costa Mandry
Presidente.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes:

Durante el mes en curso se han celebrado las siguientes reuniones de carácter administrativo:

Marzo 3 — Asamblea general extraordinaria de la Asociación, y la cual fué convocada por acuerdo de la Cámara de Delegados, con el objeto principal de discutir el Proyecto de Colegiación de la clase médica puertorriqueña.

Asistieron a este acto alrededor de 70 compañeros, y tras un prolongado debate, en el cual participaron casi todos los concurrentes, la asamblea, por mayoría, se declaró en contra de la propuesta medida de colegiación.

Antes de terminar sus trabajos la Asamblea acordó expresar su hondo sentimiento por el fallecimiento de dos queridos colegas, los doctores Manuel Díaz García y José S. Arrache.

Marzo 9 — Reunión de la Directiva y Consejo de la Asociación, conjuntamente con miembros del Comité de Seguro Médico y el Comité de Reglamento.

Asistentes: Dr. O. Costa Mandry
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. David E. García
Dr. Miguel F. Godreau
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. J. H. Font
Dra. Dolores M. Piñero
Dr. Héctor Bladuell
Dr. Blas Herrero

Además de los asuntos ordinarios de la directiva, se trató en esta reunión sobre el Seguro Médico y sobre enmiendas al reglamento de la Asociación, encontrándose en

la actualidad bajo estudio muy saludables medidas con relación a estos dos particulares.

Asociación Médica del Distrito de San Juan:

En la noche del día 28 del ppdo. mes de febrero llevóse a efecto en el domicilio social de nuestra institución la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

A las 8:30, bajo la presidencia de nuestro estimado amigo, el Dr. Luis M. Morales, y con una nutrida y entusiasta concurrencia, dió comienzo el acto con la presentación del Dr. Osvaldo Ramírez Torres, Catedrático de Química en la Universidad de Puerto Rico, quien disertó muy brillantemente sobre el siguiente tema:

“Análisis Químico Espectrográfico y su Aplicación a la Medicina y la Criminología.”

El Dr. Ramírez Torres fué objeto de muy merecidas felicitaciones al terminar su conferencia.

Tras un corto receso la Asamblea reanudó sus trabajos, rindiendo el Presidente de la Asociación un informe sobre las actividades desarrolladas por ésta durante el año 1939, y procediéndose luego a la elección de los nuevos funcionarios y delegados a la Cámara, elección que recayó en los siguientes compañeros:

Presidente, Dr. Luis M. Morales (reelecto).

Vice-Pres., Dr. Jacobo Simonet.

Secretario, Dr. C. E. Muñoz MacCormick (reelecto).

Tesorero, Dr. R. Rodríguez Molina.

Delegados:

Dr. José S. Belaval
 Dr. M. Pavía Fernández
 Dr. J. Noya Benítez
 Dr. Rafael Rodríguez Molina
 Dr. P. Morales Otero
 Dr. Juan A. Pons
 Dr. E. García Cabrera
 Dr. Luis J. Fernández
 Dr. R. Ruiz Nazario

Reciban los compañeros electos nuestra sincera felicitación y nuestro vehemente deseo de un completo éxito en las actividades que se propongan desarrollar durante el presente año.

Dr. Ramón M. Suárez:

En compañía de su distinguida esposa, embarcó el día 7 del cursante mes hacia los Estados Unidos, nuestro querido amigo, el Dr. Ramón M. Suárez.

Uno de los principales objetivos del viaje del estimado colega, es el de asistir a la reunión anual del Colegio Americano de Médicos que habrá de celebrarse en la ciudad de Cleveland.

Deseamos al amigo Moncho y a su distinguida esposa muy gratas impresiones durante su estada en el continente.

Asociación de Graduados de la Universidad de Maryland:

En la mañana del domingo 10 del presente mes celebró en el Escambrón Beach Club de esta capital su asamblea anual la Asociación de Graduados de la Universidad de Maryland; agrupación ésta que había venido presidiendo nuestro dinámico y activo presidente, el Dr. Oscar Costa Mandry.

En primer lugar, los directores dieron

cuenta en forma breve de las actividades desplegadas por la Asociación durante el año 1939, y luego se procedió a la elección de los nuevos directores, siendo exaltado a la presidencia nuestro estimado colega, el Dr. M. Rodríguez Ema.

Una vez terminada la sesión administrativa, se celebró un almuerzo, que constituyó un agasajo al Dr. Oscar Costa Mandry por su merecida exaltación a la presidencia de la Asociación Médica de Puerto Rico. Distinguidos miembros de la Asociación hicieron uso de la palabra, elogiando todos los méritos científicos y personales del homenajeado, y terminando el acto dentro de un franco espíritu de camaradería.

Sirvan estas líneas para reiterar nuestra sincera felicitación al Dr. Rodríguez Ema por su elección, y al Dr. Costa Mandry por el merecido homenaje de que fuera objeto.

Dr. William H. Martínez:

Pasa por la pena de haber perdido a su querida madre en fecha reciente, nuestro estimado compañero, el Dr. William H. Martínez, de Camuy.

Reciba el amigo Martínez nuestra más sincera expresión de condolencia por tan sensible pérdida.

Nuevos Socios:

Recientemente han ingresado a nuestra Asociación los siguientes compañeros:

Dr. Marvin Smith Cashion, Santurce.

Dr. Luis F. Santos Tió, Mayagüez.

Reciban ambos compañeros una cordial bienvenida al seno de nuestra colectividad.

Dr. José Menéndez:

Ha sido encomendado para representar nuestra Asociación en la Convención para la Revisión de la Farmacopea, que habrá de

celebrarse en la ciudad de Washington durante los días 14 y 15 del próximo mes de mayo, nuestro querido amigo, el Dr. José Menéndez, de Río Piedras.

El Dr. Menéndez asistirá a dicha Convención, asimismo, como delegado de la Universidad de Puerto Rico.

Dr. Pedro Malarct :

A fines del pasado mes se vió precisado a partir hacia los Estados Unidos, acompañando a su distinguida esposa, quien habría de ser sometida a una delicada intervención quirúrgica, el estimado amigo y colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

En el momento en que redactamos estas líneas, nos enteramos por uno de los familiares del querido amigo, que la operación practicada a su estimada esposa fué un verdadero éxito, encontrándose ya la distinguida enferma en un período de franca convalecencia, noticia que nos alegra mucho.

Ilustres visitantes :

Los siguientes hombres de ciencia del continente han visitado nuestra isla durante el transeurso del presente mes:

Dr. Sigismund Schulz Goldwater, Direc-

tor del Departamento de Hospitales de la ciudad de Nueva York.

Dr. Willard C. Rappleye, Decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Columbia.

Dr. Charles Leonard Brown, Jefe del Departamento de Medicina de la Universidad de Temple.

Dr. Ernest E. Irons, Decano del Rush Medical College de la Universidad de Chicago, y miembro del Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana.

Sr. William E. Weiss, Jr. :

Correspondiendo a una atenta invitación que nos hiciera el Sr. E. E. Rassow, Manager de la Proprietary Agencies, Inc., de esta capital, tuvimos el placer de asistir a un cocktail party celebrado en la Terraza del Hotel Condado en honor al Sr. William E. Weiss, Jr., Presidente de la Alba Pharmaceutical Co., Inc., y Jefe de Exportación de la Winthrop Chemical Co., Inc., de Nueva York.

El Sr. William E. Weiss, Jr., es hijo del Dr. W. E. Weiss, uno de los principales dueños de la Winthrop Chemical Co., Inc., y Presidente de la Junta de Directores de 22 compañías afiliadas de productos químicos.

BOOK NOTICES

DISEASES OF THE GALLBLADDER AND BILE DUCTS: By Waltmas Walters, B. S., M. D., M. S. in Surgery, Sc. D., F.A.C.S., Head of Section in Division of Surgery, The Mayo Clinic; Professor of Surgery, The Mayo Foundation (University of Minnesota); and Albert M. Snell, B. S., M. D., M. S. in Medicine, F.A.C.P., Head of Section in Division of Medicine, The Mayo Clinic; Professor of Medicine, The Mayo Foundation (University of Minnesota). 645 pages with 342 illustrations on 195 figures. Philadelphia and London: W. B. Saunders Company, 1940. Cloth, \$10.00

Drs. Walters and Snell and their Associates at the Mayo Clinic here present the very newest knowledge about diseases of the gallbladder and bile ducts. This new work is both medical and surgical. In detail of text and illustration, in practical clinical qualities, and in organization and arrangement, it is decidedly outstanding.

This new work will appeal quite as much to the medical man as to the surgeon because of its very practical nature and the thorough attention given to problems that frequently arise in general practice. All accepted methods of physical and laboratory examination are covered in an unusually complete section and there is an entire chapter on Cholecystography.

Extensive consideration is given to medical treatment, including a special section devoted solely to diets, drugs and their dosage and other nonoperative measures. You are told when surgical interference should be instituted and what surgery should be undertaken. You are given exact technique, supplemented by actual step-by-step illustrations of the approved procedures. Pre- and postoperative care is covered in five chapters, with stress on surgical risk, use of vitamin K, bile and bile salt therapy, oxygen therapy, etc. The 342 illustrations

on 195 figures are worthy of particular note because they are so graphic. There is a very beautiful frontispiece containing 6 illustrations in colors.

CLINICAL ROENTGENOLOGY OF THE ALIMENTARY TRACT: By Jacob Buckstein, M. D., Visiting Roentgenologist (Alimentary Tract Division), Bellevue Hospital, New York City; Consultant in Gastro-Enterology, Central Islip Hospital. 652 pages with 525 original illustrations. Philadelphia and London: W. B. Saunders Company, 1940. Cloth, \$10.00.

This is a different kind of book on the x-ray diagnosis of alimentary disease because it has been written with the needs of the General Physician as the first consideration. Dr. Buckstein, of course, has not neglected the Roentgenologist, but throughout his text and in his illustrations he points directly toward the guidance of the Family Physician.

Probably the most valuable feature of the book is the clear and vivid interpretations it gives of the skiagrams. These interpretations are always translated into diagnostic data. The collection of 525 illustrations really constitute a roentgenographic atlas of unusual value. Dr. Buckstein gives the essential details of roentgenographic technique in examining the various portions of the tract, such as the esophagus, stomach, duodenum, and the small and large intestine. He includes, also, special roentgenologic procedures for the diagnosis of diaphragmatic hernia, the technique of cholecystography and cholangiography, and the technique for visualizing the spleen, liver and pancreas. Etiology is stressed, a point that will prove helpful to the general physician. Considerable attention is paid to such prac-

tical points as the preparation of the patient, the kind of barium mixture to be used, fluoroscopy, the Bucky diaphragm, "spot film" devices, the technic of the double-

contrast method using air injections, and the importance of using both fluoroscopic and radiographic methods in examination.

NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION

50 West 50 Street, New York, N. Y.

January 22, 1940

SCHOLARSHIP IN HEALTH EDUCATION

At Massachusetts Institute of Technology

A full tuition scholarship of \$600 is available in the field of health education at Massachusetts Institute of Technology (Department of Biology and Public Health) for 1940-41. It covers the tuition fee for the full scholastic year, beginning in September 1940 and closing in June 1941. It is available for women only.

This scholarship will be awarded to a candidate recommended by the National Tuberculosis Association. It is desirable that applicants should have basic training in chemistry, biology, psychology, and education. The awards will be based upon the nature and quality of the previous academic work of the applicant, personality qualifications for professional work in the field of public health, and need of scholarship aid. Preference will be given to candidates possessing the Bachelor's degree, and having had successful teaching or administrative experience. Reasonable assurance must be given by the applicant that she is pre-

pared to accept this scholarship promptly if it is offered to her.

Through an affiliation between Massachusetts Institute of Technology and the undergraduate School of Education of Boston University and graduate School of Education of Harvard University those who wish to take courses in education while studying at the Institute may do so without additional fee at either Boston University or Harvard.

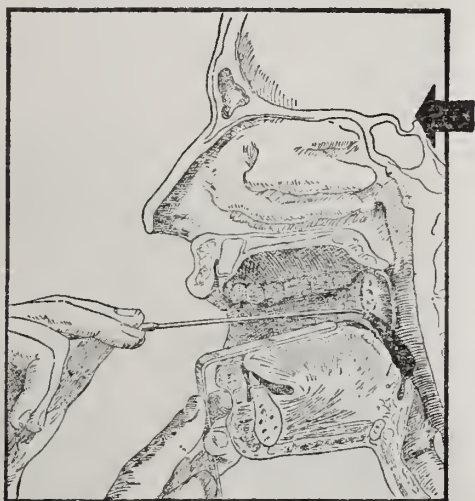
The Scholarship will be awarded in June 1940 and applications should be received not later than May 15. All those who are interested in this scholarship are invited to write to the Child Health Education Service of the National Tuberculosis Association, 50 West 50 Street, New York, for application blanks.

Your attention is also called to the fact that a similar scholarship at the Massachusetts Institute of Technology is available to nurses through the National Organization for Public Health Nursing. Nurse who are interested are invited to write to that organization, 50 West 50 Street, New York, N. Y., for particulars.

Faringitis y Tonsilitis

TERAPIA EFICAZ CON

ARGYROL



El aplicador se voltea entonces, con la concavidad hacia arriba, y el ARGYROL pasa por detrás de la campanilla, hacia la nasofaringe y la región adenoide.

La buena selección de un agente terapéutico no es menos importante que la perfección de la técnica. Durante más de treinta y cinco años de experiencia clínica, el ARGYROL ha demostrado su mérito para vencer las infecciones de la nariz y la garganta. Muchas autoridades eminentes han observado que cuando se especifica el nombre BARNES en todas las soluciones, se obtienen mejores resultados.

Para esto hay varias razones lógicas, químicas y físicas. La plata en el ARGYROL se encuentra en un estado de dispersión coloidal mucho más fino que todas sus imitaciones. El grado de movimiento browniano es mucho mayor, lo que por razón natural resulta en mayor actividad terapéutica. Las concentraciones de los iones de hidrógeno y

La pincelación completa con ARGYROL al veinto por ciento es un procedimiento clínico que generalmente proporciona gran alivio a las "irritaciones de garganta." Alivia los síntomas y ayuda a vencer la infección. El empleo de una sonda flexible, de metal, facilita considerablemente el procedimiento.

Primero se untan sistemáticamente las fauces y las amígdalas con un tapón empapado de ARGYROL. Después puede curvarse el aplicador para adaptarlo al dorso de la lengua, y entonces pueden pincelarse totalmente con ARGYROL las amígdalas y la parte inferior de la faringe.



de plata en ARGYROL han sido especialmente reguladas para el tratamiento de las delicadas membranas mucosas. No puede decirse lo mismo de las proteínas de plata débiles ordinarias, pues el ARGYROL es la única sal de plata que no tiende a volverse irritante a medida que se aumenta su concentración.

Para obtener los mejores resultados, especifique usted siempre el nombre BARNES en todas las soluciones de ARGYROL.

ARGYROL es fabricado solamente por A. C. BARNES

A. C. BARNES COMPANY, INC., New Brunswick, N. J.

Desde hace 38 años, fabricantes exclusivos de ARGYROL y OVOFERRIN

"Argyrol" es una marca de fábrica registrada, propiedad de la A. C. BARNES CO., INC.

El tratamiento intrauterino con glicerina... ha sido considerado por mucho tiempo uno de los mejores métodos para tratar la

Endocervicitis	.	Cervicitis
Endometritis	.	Parametritis

Se aplica apropiadamente por medio de un tapón de...

Antiphlogistine

Con su contenido de glicerina (45%), yodo, ácidos bórico y salicílico, y aceites esenciales, mezclados en un excipiente plástico de silicato higroscópico de aluminio, su fórmula resulta excepcionalmente conveniente para los casos mencionados arriba.



Pocos métodos hacen posible tal aplicación prolongada de glicerina como la Antiphlogistine.

Muestra y literatura a solicitud.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

163 Varick Street Nueva York, E. U. A.

Luis Garratón & Hno., S. en C.

P. O. Box 1541 San Juan.

Medical Books of all Publishers



THE UNIVERSITY SOCIETY

P. O. BOX 1007

SALVADOR BRAU 58
SAN JUAN, PUERTO RICO

TELEPHONE 1399

"A complete book service to the medical profession"

INSIGNIAS DE MEDICO

Nuevas insignias para automóviles, con el nombre de nuestra Asociación en español, estarán a la venta en la primera semana de abril al precio de \$2.50 cada una.

Usted podrá obtenerlas en el edificio de la Asociación o por correo mediante el envío del importe de su orden.

NEO-CALGLUCON

AMPULES

**SAFE FOR INTRAGLUTEAL AND
INTRAVENOUS CALCIUM THERAPY**

Neo-Calglucon ampules contain a stable solution of the highly soluble double salt calcium gluconogalactogluconate. More satisfactory than the unstable supersaturated solutions of calcium gluconate which they supersede.

SUPPLIED
in ampules of 5 cc. and 10 cc.
concentrations equivalent
to 10% or 20% solution
of calcium gluconate.


CALGLUCON

TABLETS - GRANULES

**FOR PALATABLE ORAL
CALCIUM THERAPY**

Calglucon, the original high purity brand of calcium gluconate is the best known and most generally prescribed product for effective oral use of calcium. Palatable and readily absorbed.

SUPPLIED
Chocolate flavored tablets, 10 G.
Effervescent tablets, 10 G.
Granular Powder


SANDOZ

SANDOZ CHEMICAL WORKS, Inc., 61-63 Van Dam Street, New York, N. Y.

COLE'S POSTA - COLE

EN LAS AFECCIONES GENITO-URINARIAS

Posta-Cole ha probado ser de gran utilidad en el tratamiento de varias condiciones genito-uritarias, particularmente las asociadas con dolor y micción frecuente. Cada tableta contiene $\frac{1}{2}$ gr. de extracto de Hiosciamo; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto Triticum; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto de equinácea; $\frac{1}{2}$ gr. de sulfato de cromo; y $\frac{1}{4}$ gr. de arbutina. Posta-Cole ejerce una acción diurética, narcótica y antiséptica sobre el tracto urinario. El Hiosciamo contenido es un sedativo y antiespasmódico efectivo en el sistema urinario, evitando el espasmo de la vesícula y del cuello de la vejiga. Como resultado de esto, el malestar producido por los síntomas de urgencia, frecuencia y disuria es aliviado o evitado por completo.

Posta-Cole puede usarse favorablemente en el tratamiento de la gonorrea — en su estado crónico y sub-agudo — en la prostatitis y cistitis, también es de valor en las uretritis no específicas, así como también en la hipertrofia prostática.

COLE CHEMICAL CO.

ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donnell Núm. 12 — Apartado 1018 — San Juan, P. R.



LEXTRON

(Concentrado hepático gástrico con Hierro
Férrico y Complejo de Vitamina B, Lilly)

● El 'Lextrón' proporciona materiales hematopoyéticos potentes que son altamente efectivos en los tipos de anemia comúnmente hallados en la práctica. Asimismo, el 'Lextrón' puede ser provechoso en otros estados clínicos caracterizados por anorexia, gran susceptibilidad a la fatiga, o desnutrición. Presentado en envases de 84 y de 500 púlvules.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



Página

Recent Advances in the Study of Brucellosis, P. Morales Otero, M. D., San Juan, P. R.	113
La Radioterapia anti-inflamatoria y anti-infecciosa. Sus in- dicaciones y técnica apropiada, I. González Martínez, M. D., San Juan, P. R.	122
El control de la Tuberculosis y el médico de práctica gene- ralizada, Kendall Emerson, M. D., New York, N. Y.	127
Parathyroid Dystrophy Juvenil or Celiac Disease of the Bone, Fernando Asencio, M. D., Bayamón, P. R.	134
Atelectasia Pulmonar, Luis A. Passalacqua, M. D., Ponce, P. R.	139
Relación del proceso visual con la lectura, Ricardo F. Fer- nández, M. D., San Juan, P. R.	142
Noticias Médico-Sociales	146

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE

F O R M U L A

Cada 100c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol	0,125	grs.
Extracto de malta	16,000	"
Hipof. de manganeso	0,036	"
" " calcio	0,036	"
" " quinina	0,014	"
" " estrienina	0,004	"
" " potasio	0,052	"
Jarabe de cacao	30,000	"
Ext. fluído de naranjas amargas	1,000	"
V. c. s. para 100 cc. de producto.		

ANDROMACHUS CORPORATION
LONG ISLAND CITY, NEW YORK

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

DRENOBIL

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

Distribuidor Exclusivo:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.



MEAD VITAMIN PRODUCTS



Name	Vitamins	Indications	Daily Dose
Mead's Standardized Cod Liver Oil	1,800 I.U. A 175 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, Xerophthalmia, Mucous Membrane Infections.	Infants: $\frac{1}{2}$ - 3 teaspoonfuls. Older Children and Adults: 3 tsp.
Mead's Viosterol in Oil	10,000 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, and during pregnancy and lactation.	Prophylactic: 5 drops. Therapeutic: 20 or more drops. Pregnancy and Lactation: 10 drops.
Mead's Viosterol in Halibut Liver Oil in drops and capsules	50,000 I.U. A 10,000 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, Xerophthalmia, Mucous Membrane Infections, and during pregnancy and lactation.	Prophylactic: 5 drops. Therapeutic: 20 or more drops. Pregnancy and Lactation: 10 drops or 1 capsule.
Mead's Oleum Percomorphum 50%, in drops and capsules	60,000 I.U. A 8,500 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, Xerophthalmia, Mucous Membrane Infections, and during pregnancy and lactation.	Prophylactic: 5 drops. Therapeutic: 20 or more drops. Pregnancy and Lactation: 10 drops or 1 capsule.
Mead's Cod Liver Oil Fortified With Percomorph Liver Oil	5,000 I.U. A 850 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, Xerophthalmia, Mucous Membrane Infections, and during pregnancy and lactation.	Prophylactic: $\frac{1}{3}$ teaspoonful. Therapeutic: $1\frac{1}{2}$ - 3 teaspoonfuls. Pregnancy and Lactation: 1 tsp.
Mead's Brewers Yeast Powder and Tablets	50 I.U. B ₁ 50 Sherman U. B ₁ per gram	Anorexia, Beri-beri, Malnutrition, Constipation, Neuritis, Pellagra, and during pregnancy and lactation.	Infants: $\frac{1}{2}$ - 1 teaspoonful Powder. Older Children and Adults: 10 - 20 Tablets.
Mead's Thiamin Chloride Tablets	250 I.U. B ₁ (0.75 mg.) per tablet	Retarded growth, Anorexia, Intestinal Atony, Beri-beri, Bradycardia, Edema, Defective Carbohydrate Metabolism, Polyneuritis, Inadequate Lactation.	Prophylactic: Children, $\frac{1}{2}$ - 1 tablet. Adults, 1 - 5 tablets Therapeutic: 2 - 15 tablets.
Mead's Nicotinic Acid Tablets	20 mg. PP per tablet	Glossitis Pellagra	60 to 500 mg.
Mead's Ascorbic (Formerly Cevitamic Acid) Acid Tablets	500 I.U. C (25 mg.) per tablet	Scurvy All pyrexial states Hypermetabolism Infections Pyorrhea	Infants and Children: $\frac{1}{2}$ - 1 tablet Adults: 1 - 3 tablets.
Dextri-Maltose B with Extract of Wheat Embryo and Yeast	4 I.U. B ₁ 4 Sherman U. B ₁ per gram Also contains iron and copper	For normal infants and those manifesting symptoms of vitamin B deficiency, characterized by anorexia, loss of weight spasticity of arms and legs, restlessness and dermatitis.	5 - 10 level tablespoonfuls in the feeding formula
Pabulum	35 I.U. B ₁ 2.5 Sherman U. B ₁ per gram Also contains calcium, phosphorus, iron, copper and other minerals	Weakling, malnutrition and as a dietary supplement in anemia, colitis, gastric ulcer, tuberculosis, convalescence, restricted diet, and all cerebral purposes.	Infants: $\frac{1}{4}$ - 6 level tablespoonfuls once or twice daily, mixed with warm milk, milk formula or water Older Children and Adults: 6 - 12 level tsp. one or more times daily, mixed with milk or cream of the desired temperature and sugar and salt as desired.

Samples and literature on request of physicians

Mead Johnson & Company, Evansville, Indiana, U.S.A.

Specialists in Infant Diet Materials and Pioneers in Vitamin Research

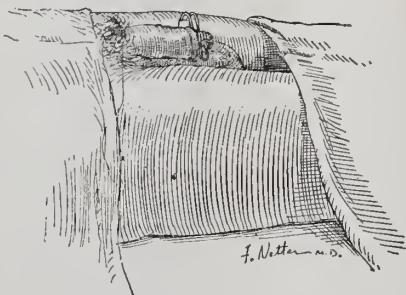
Apartado No. 3081, San Juan

URETRITIS MASCULINA

ARGYROL

Además de
Quimioterapia

En el tratamiento de la uretritis anterior, mediante inyecciones manuales, los urólogos recalcan ciertos puntos prácticos relacionados con su técnica. Necesita absorberse suficiente ARGYROL en la jeringa para llenar o distender cómodamente la uretra. Pero al aplicar la inyección no debe vaciarse la jeringa por completo. Necesita dejarse una pequeña cantidad de ARGYROL dentro del depósito, a fin de impedir la introducción de aire y el paso violento de la solución a la uretra posterior.



Aunque el tratamiento sistemático con sulfanilamida es de valor definido en el tratamiento de ciertas fases de la infección gonocócica, los Drs. Bellenger, Elder, McDonald y Coleman* y otros biólogos eminentes advierten enfáticamente que no debe descuidarse la terapia local. La sulfanilamida, por ser acarreada en la sangre, no puede destruir los organismos que se alojan sobre la superficie mucosa más bien que dentro de los tejidos. El tratamiento local con ARGYROL, coincidentalmente con las medidas quimioterapéuticas, es muy recomendado. Mediante el tratamiento *combinado* se obtienen mejores resultados y una curación más rápida. Pues el AR

GYROL es no sólo un enemigo de los gonococos, sino que además promueve la resistencia de los tejidos y acelera la resolución. Al mismo tiempo es decididamente calmante para el paciente.



Después de la inyección necesita retenerse la solución dentro de la uretra, de 10 a 15 minutos. Para este objeto es muy conveniente usar un sujetapene. La intensidad de la solución que vaya a usarse varía de 5 a 10% — mientras más fulminante sea la infección, más débil tendrá que ser la solución.

Pero estas ventajas clínicamente observadas son resultado de ciertas propiedades químicas y físicas que distinguen al ARGYROL de otras proteínas de plata débiles y le dan marcada superioridad sobre sus imitaciones. Otras proteínas de plata no tienen un grado tan fino de dispersión coloidal — ninguna otra tiene tan bien reguladas sus concentraciones de pH y pAg.

A. C. BARNES COMPANY, INC., New Brunswick, N. J.
Desde hace 38 años, fabricantes exclusivos de ARGYROL y OVOFERRIN

"Argyrol" es una marca de fábrica registrada, propiedad de la

A. C. BARNES CO., INC.

KAOMAGMA

CORTA LA DIARREA

KAOMAGMA detiene la deshidratación, calma la mucosa inflamada y suprime las causas de muchas diarreas, adsorbiendo las toxinas irritantes, gases y exceso de mucus.

KAOMAGMA es el único adsorbente de caolín e hidróxido de aluminio obtenible en forma líquida.

KAOMAGMA se mezcla fácilmente con el contenido intestinal, ejerciendo su acción terapéutica completa sin causar concreciones.

Recete KAOMAGMA para obtener rápido alivio sintomático de las diarreas, colitis y trastornos intestinales relacionados con ambas.



JOHN WYETH & BROTHER, INC.

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

LONDRES, INGLATERRA—WALKERVILLE, CANADA—SYDNEY AUSTRALIA

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

KAOMAGMA

Adsorbe Las Toxinas Intestinales

Calma La Mucosa Inflamada

Detiene La Deshidratación

Corta La Diarrea

- **Indicado en el Tratamiento de Toxemias Intestinales**
- **Botulismo**
- **Diarrea**
- **Colitis**

Y OTROS ESTADOS CARACTERIZADOS POR
TRASTORNOS DE LAS VÍAS DIGESTIVAS.

Dos Tipos: { KAOMAGMA Simple
 { KAOMAGMA con Aceite Mineral



BLASTULA DE MERLAN

De izquierda a derecha: fotomicrografías tomadas antes y durante la división de estas pequeñísimas células. Muéstranse individualmente los centrosomos con los cromosomos adheridos, husos de las células, cytoblasta y cilia.

Para fotomicrografías de este carácter y magnificación (1250X) existen los siguientes requisitos: Equipo óptico completo de la más alta calidad; objetivo apocromático de 4 mm. o de inmersión de aceite con ocular compensador; microscopio construido con la mayor precisión, libre de juego en el movimiento de enfoque grueso o fino y de vibración; fuente de luz homogénea (arco o filamento de cinta incandescente) de intensidad uniforme; placa fotográfica sensitiva al color,



preferible ortocromática o pancromática de grano fino. Pueden usarse filtros de color para aumentar el contraste del detalle. Se usó el Microscopio de Investigación Modelo DDE, de Bausch & Lomb, con objetivo apocromático de 4 mm de foco, A. M. 0.95; ocular compensador.

Agentes: II. V. GROSCH C.

Calle Comercio Núm. 21

San Juan, P. R.

Bausch & Lomb

CALFO-RAYOL SQUIBB

CALCIO — FOSFORO — VITAMINA D

El calcio y el fósforo son elementos esenciales en la dieta de niños y adultos. La Vitamina D es necesaria para la utilización de estos elementos y contribuye a evitar las consecuencias de un posible desequilibrio causado por alimentación antojadiza o deficiente.

Una cantidad adecuada de calcio es muy importante durante la niñez, así como durante las crisis fisiológicas del embarazo y lactancia. La necesidad de calcio nunca cesa en la vida. El contenido mineral de los huesos no es estático, siendo constantemente "reabsorbido de la cavidad medular y depositado corticalmente. Una buena parte de la cal movilizada puede ser excretada. Para reemplazarla en el adulto, se calcula que debe tomar diariamente la mitad del calcio que requiere el niño durante el desarrollo."

El Calfo-Rayol suministra calcio y fósforo en proporciones científicamente equilibradas, y suficiente Vitamina D para asegurar la absorción de estos elementos.

Cada tableta contiene 0.6 grm. fosfato dicálcico, 0.4 grm. gluconato de calcio y 660 unidades Vitamina D. Las tabletas tienen un delicado sabor a chocolate que no cansan ni fastidia al paciente; facilitan prolongada medicación. El Calfo-Rayol está indicado en la profilaxis y tratamiento de todos los casos que requieren calcioterapia.

— Muestras y Literatura a Solicitud —

FRANCISCO GARRATON, S. EN C.

BOX 1541.

SAN JUAN, P. R.



USTED CREE SER CUIDADOSA

... y en realidad lo es, Señora. Pero aun *usted* misma se quedaría asombrada de saber el cuidado con que se elabora la leche Klim para su niño.

En la elaboración de Klim sólo se utiliza la mejor clase de leche, ordeñada de vacas selectas. Y aun esa leche superior se prueba, mejora, vuelve a probar, y envasa en latas de cierre hermético.

Sólo el agua se elimina de Klim. No se le agrega nada. Se conserva fresca sin necesidad de refrigeración, aun después de abrirse la lata.

Y las madres no deben olvidar que Klim es más fácil de digerir — ventaja importantísima para el delicado estómago del niño.

PLAZA PROVISION COMPANY
San Juan, Puerto Rico

LA LECHE QUE SE CONSERVA FRESCA

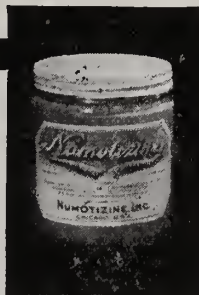
El Tratamiento Restaurativo

- Para ayudar a restablecer el bienestar del paciente
- Para ayudar a disminuir la inflamación
- Para ayudar a resolver muchos de los estados congestivos

USESE

"NUMOTIZINE"

"La Super-Cataplasma"



FÓRMULA

Guayacol U.S.P.....	2.6
Formalina.....	2.6
Creosota U.S.P.....	13.02
Sulfato de Quinina	
U.S.P.....	2.6
Salicilato de Metilo	
U.S.P.....	2.6
C. P. Glicerina y Silicato de	
Aluminio, qs 1000 partes	

Numotizine provee los efectos analgésicos y antifebriles del guayacol y de la creosota, que son fácilmente absorbidos, por lo que es muy útil para aliviar una gran cantidad de lesiones inflamatorias, afecciones del pecho, furunculosis, abscesos, torceduras, contusiones, hinchazones glandulares, etc., etc.

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

CASTAGNET & CASTILLO CO.

Tanca No. 1 — San Juan, P. R.

C O R T E S I A
D E L A
F A R M A C I A B L A N C O

*Cooperando con la Clase Médica Puertorriqueña por
más de 60 años*

S A N J U A N y S A N T U R C E

Teléfonos: San Juan 34 y 35

Santurce 785

Ud. prescribe vitaminas----

¿.....pero qué cantidad se ingiere?

TENEMOS ESTE PROBLEMA—¡obligar los niños a tomarla, además, hacer que la Madre recuerde todos los días y continúe la dosificación aún después que el interés ha mermado, acabando la primera media botella y la primera semana del nuevo programa!

La Emulsión Vi-Delta sabe a jarabe de naranja y alude directamente al vivo apetito de los chicos mismos. Mamá les permite tomarla “si dejan plato limpio”. Ellos recuerdan —lo piden— dicen a Mamá cuál es la hora de la dosis. Entonces se compra la segunda botella, luego la tercera. (Conviene obtener el tamaño grande.) ¡Así los pequeños pacientes ingieren las vitaminas que Ud. prescribe—fielmente, todos los días, por meses! ¡Resuelto el problema!

La Emulsión Vi-Delta (Vitaminas A y D) consiste en un principio activo obtenido de una mezcla de aceites de hígados de pescado (excluyendo el bacalao) refinada por un nuevo procedimiento que por fin elimina el sabor a aceite de pescado que los farmacólogos por medio siglo han tratado inútilmente de contrarrestar o disfrazar. Como el concentrado no tiene sabor propio, la emulsión solamente tiene el gusto de la mezcla de jugo de naranja, azúcar y malta que se emplean como vehículo.



ENVASES:

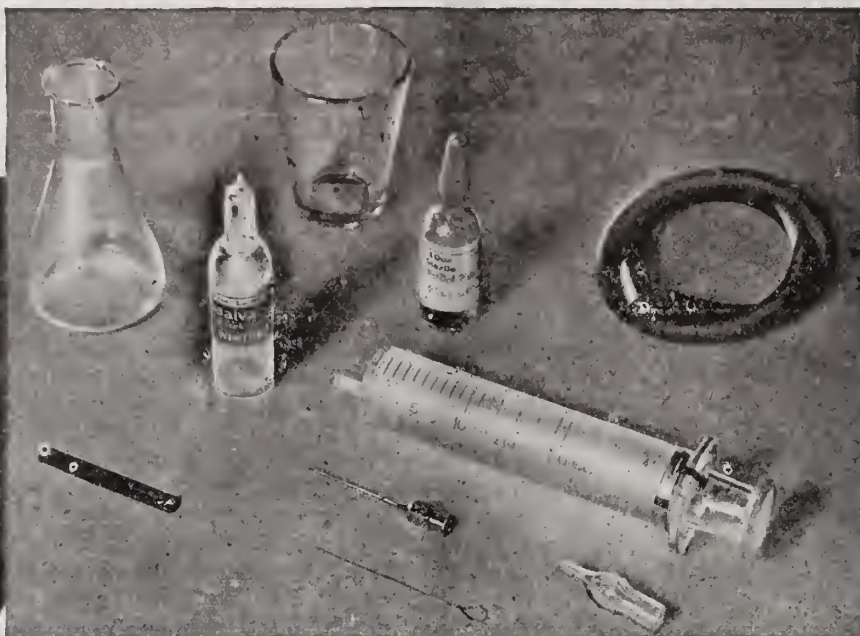
“Vi-Delta, Emulsión, Lederle”... frascos de 8 y 16 onzas—cada cucharadita (4cc. -5.2 gramos) contiene 3,200 unidades de Vitamina A (al ser preparada) y 400 unidades de Vitamina D (Farmacopea XI de los EE. UU.).

“Vi-Delta, Concentrado Líquido, Lederle”... frascos gotero de 5cc. y 30cc., para criaturas—cinco gotas (0.11 gramo) contienen aproximadamente 9,500 unidades de Vitamina A y 1,200 unidades de Vitamina D (F. EE. UU. XI).

“Vi-Delta, Concentrado Líquido (Cápsulas) Lederle”... cajas de 25 y 50 cápsulas—cada cápsula (0.17 gramo) contiene 15,000 unidades de Vitamina A y 1,870 unidades de Vitamina D (F. EE. UU. XI).

Lederle

LEDERLE LABORATORIES, CO.
76 Calle Salvador Brau, San Juan, P. R.



*For the
Treatment of Syphilis*

Specify

"NEOSALVARSAN"

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of NEOARSPHENAMINE

not just "Neo"



Council



Accepted



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

Samples and Literature on Request
21 COMERCIO ST. - SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

ABRIL, 1949.

Número 4

RECENT ADVANCES IN THE STUDY OF BRUCELLOSIS*

P. MORALES OTERO, M. D.**

San Juan, P. R.

I have selected the subject of brucellosis for my talk tonight for two reasons: First, because it has great scientific interest for the bacteriologist, pathologist, epidemiologist and epizootologist, as well as for those who practice human and veterinary medicine and, second, because the incidence of the disease in animals in Puerto Rico suggests the possibility of a larger incidence in human beings than is recognized at present. I feel it is my duty to encourage every practitioner in the Island to search for cases of long-continued, low-grade fevers, whose atypical symptoms and paucity of physical signs make diagnosis very difficult, and to have in mind the diagnosis of brucellosis as one of the possibilities in these kinds of cases.

Brucellosis is the most recent name applied to infections caused by organisms belonging to the *Brucella* group. It is applicable to the disease in man or in lower animals. The generic name, *Brucella*, is given to the whole group of organisms, and is derived from Bruce, the discoverer of *Micrococcus melitensis*. Hughes¹ gave the name undulant fever to the human disease, but other names such as Mediterranean fever, Malta fever, Neapolitan fever, the country fever of Constantinople, new fever of Gibraltar, melitococcosis and melitensis

septicemia, have been used indiscriminately.

Evans² relates that the British Military Reports used to designate the disease as "simple continued fever". The soldiers, with whom the alphabet is as popular as it is with Washington officials, reduced the name to "S. C. fever"; then, forgetting what the "S" stood for, it evolved into "slow continued fever" which, after all, was as good a name as any. Native Maltese constantly complain about the stigma implied in the use of the name of their Island to designate the disease. The *Lancet* tells you that if you want to make a Maltese cross, all you have to do is associate the name of his Island with a disabling fever. The name brucellosis is preferable to others because it expresses infection with organisms of the *Brucella* group, regardless of the nature of the disease response, and because it is applicable to the disease in man as well as in animals.

EPIDEMIOLOGY

To fundamentally understand the epidemiology of this condition it is essential to know the manners of excretion of the infectious agent, the persistence of excretion, the routes by which the infection enters the body of the host and the frequency of occurrence of these factors. Brucellosis is subject to an exceedingly complex epidemiology. The etiologic agent of the

* Read at the School of Tropical Medicine, December 7, 1939.

** From the Department of Bacteriology, School of Tropical Medicine, San Juan, P. R.

disease may be excreted through the milk, the urine, the feces, abortion products and subsequent vaginal discharges of the infected animal. The disease may not be contracted only by ingestion,³ but the offending organism may penetrate normal or abraded skin or may penetrate the normal mucosa of the nose and eye. To this you may add the fact that the organism actually infects a wide range of domestic animals, that there are at least three varieties of *Brucella* possessing certain differences in pathogenic selectivity, and you will then realize the complexity of the problem. Not only may it be difficult to trace the sources of infection in a particular case, but the source and manner of infection may vary in different localities in accordance with the role played by the different factors enumerated above.

Hasseltine⁴ has divided cases of brucellosis into three groups according to the chief sources of infection:

1. The milk group — composed chiefly of professionals, business men, students, etc., and those not directly exposed to contact infection, who contract the disease by drinking raw milk.
2. The meat group — composed of packing-house employees, butchers and others who handle infected meat.
3. The farm group — composed of veterinarians, farmers and laborers directly in contact with goats, cattle or swine. These are also exposed to infection through ingestion of contaminated milk.

SYMPTOMATOLOGY

It is not my intention to describe here the many clinical symptoms in which this disease manifests itself, but I shall briefly review the symptomatology, laying special emphasis on recent work done on the chronicity of this condition.

Hughes describes four types of the disease — the malignant, the undulatory, the intermittent and the ambulatory. These same types have been observed by Hardy *et al*⁵ in cases of infection due to *Brucella abortus*.

The incubation period is usually from two to three weeks. In a series of experimental cases (Morales Otero)^{6, 7} the incubation period varied from ten to thirty-five days. The onset of the disease may be sudden or insidious, but the gradual onset seems to be more common. The patient may continue to work, though feeling ill. The temperature increases in the afternoon, being higher in the evening and lower in the morning; on the 3rd or 4th day the patient may complain of a severe headache, pains all over the body and limbs and rheumatic pains of severe type. The symptoms may continue for one or two weeks; at the end of this time the fever may decline and the temperature becomes normal a day or two later; after a time, a relapse occurs with much the same symptoms as before. The relapses and intermissions recur for months. On physical examination one may find a coated tongue, sore throat and tender epigastrium. Later in the disease one may find bronchial catarrh, congestion of the lungs, enlargement and tenderness of the spleen. The patient gradually becomes weak and anemic, constipation may alternate with diarrhea. The spleen may still be large and painful and the lungs may show bronchitis or even pneumonia and haemic murmurs may appear. Sudamina is a very common symptom; joints may become swollen and very painful; insomnia and hysterical symptoms are not uncommon; the patient is anemic and prostrated. Gradually the symptoms abate, the intermissions lengthen and relapses lessen in severity until the temperature remains normal and convalescence begins.

after a prolonged illness of months. Since the disease presents many symptoms and signs common to typhoid fever, malaria, tuberculosis and influenza, it is frequently confused with these conditions and sometimes its diagnosis is made long after repeated negative Widal reactions, failure to demonstrate the malarial *Plasmodium* and the inability to elicit physical signs or roentgenographic evidence of tuberculosis. The disease has also been diagnosed as acute rheumatic fever, sub-acute bacterial endocarditis, bronchitis, pyelitis and tular-emia.

In spite of the recognition of the chronic form of brucellosis for some time, the disease is seldom considered in cases of chronic diseases of obscure etiology.⁸ Within recent years, however, it has been discussed by a number of writers.

In 1928 Baker⁹ reported a case of intermittent hydrarthrosis with general debility and continued fever for eight months from which *Brucella* organisms were cultured from the blood and from the synovial fluid.

Amoss¹⁰ in 1931 reported two cases of chronic brucellosis. In one case *Brucella* organisms were localized in the fallopian tube, in the meso appendix, in the appendix and in an ovarian cyst. In the other, the organisms were cultivated from an ovarian cyst and from the gallbladder removed at operation. Both of these cases had been sick for many years.

Cameron and Wells,¹¹ in 1934, among 46 diagnosed cases of brucellosis, reported 10 suffering ill effects of the disease for long periods and 6 were confined to bed at irregular intervals for more than two years.

Thames,¹² Marietta,¹³ Harris¹⁴ and Seoville¹⁵ reported chronic cases of the disease in 1935.

Hamman and Wainwright¹⁶ in 1936 reported their studies on cases of long-continued, low-grade fever. Out of 36 cases

studied, 10 were diagnosed; in 3 of them the correct diagnosis of brucellosis was made.

De Jong¹⁷ reported a case of brucellosis in which prolonged meningoencephalitis developed. *Brucella* organisms were cultivated from the spinal fluid and McCullagh and Clodfelter¹⁸ reported 4 cases of encephalitis due to *Brucella* infection.

Calder¹⁹ has recently reported his findings in a large series of chronic cases which I would like to briefly summarize here. The duration of the symptoms varied from a few weeks to many years. The onset was usually insidious. Weakness was common, usually manifested as easy fatigability, though at times it was so profound as to simulate myasthenia gravis. Loss of weight usually amounted to 10 lbs. or 15 lbs. for the average adult. Fever was usually low grade, but as in tuberculosis, not always present. Very low temperatures were not uncommon. Night sweats as copious as those of tuberculosis occurred in certain cases. Generalized aching was very frequent and was described as soreness of the muscles and bones, backache (typically lumbar in location) and pain in the back of the neck, and neuritis of the shoulders. Dizziness usually mild and subjective sometimes manifested itself as troublesome objective vertigo. Joint pains were frequent and often more annoying than disabling. Some cases of polyarthrititis with accumulation of fluid in the joints were also observed. Insomnia was common, nervousness occurred, in some cases simply as a feeling of undue tensility. The commonest type of case encountered was the neurasthenic syndrome: irritability, asthenia, lack of ambition, inability to concentrate and subjectively poor memory.

Occasionally, the complaints were centered in the circulatory and digestive systems with typical symptoms of cardiac or

gastric neuroses. The majority of patients were depressed, despondent and disheartened.

PHYSICAL FINDINGS

Enlargement of the spleen which occurs in a large proportion of acute cases was found in only ten per cent of this series; slight, moderate enlargement of the liver was found more frequently. Generalized enlargement in the lymph nodes was also found. The basal metabolic rate was often low. The occurrence of distinct hyperemia of the optic discs with indistinct disc margins and glistening of retinal arterioles has been also described.

From the cases mentioned above, it may readily be seen that chronic brucellosis may be exceedingly difficult to diagnose.

Chronic ill health of undetermined cause is widely prevalent in Puerto Rico, and the speaker has come to the conclusion that the widespread prevalence of *Brucella* infection in cattle might be responsible for a larger morbidity than that at present recognized, and that many cases of ill health may be due to brucellosis in spite of the fact that it is rarely diagnosed.

At this point we must consider that the characteristic symptomatology of the disease may be absent in acute cases and that sometimes clinical examination of chronic cases may not lead to a final diagnosis. Therefore, the clinician must resort to special laboratory tests which might confirm his suspicions.

The only infallible proof of *Brucella* infection is the cultivation of the organism from the blood or excretions.²⁰ Unfortunately, cultures are frequently negative in acute cases, especially where the abortus type is the offending organism and there is a very poor chance of obtaining positive cultures from chronic cases.

BLOOD

Calder, Steen and Baker²¹ made structural studies of the blood in 300 cases. Normal leukocyte counts occurred in one half of the cases, leukopenia in one third and leukocytosis in one sixth. Active lymphocytosis was the most striking feature encountered and was evidence of an increase in both percentage values and absolute numbers of lymphocytes and by a usually high number of immature lymphocytes (a lymphocytic shift to the left). Plasma cells were frequent. Monocytes in general were not increased in number and the monocyte-lymphocyte ratio was almost invariably low. Many cases showed a moderate increase in the percentage of "Stab" neutrophils, but the total number of neutrophils was usually reduced. In one fifth of the cases, moderate eosinophilia, often with immature forms, was found. Mild anemia of the macrocytic, hyperchromic type was frequent. The authors think that these changes were due to maturation defects, probably the result of damage of the liver. Coagulation of the blood was slow and often incomplete. Clot retraction was also imperfect. The sedimentation was not extremely high except when complications such as arthritis were present. These abnormalities of the blood were observed so consistently that they appear to represent a fundamental part of the disease itself.

AGGLUTININS

The agglutination test has enjoyed the most extensive application of any of the various immunological tests which have been tried in the laboratory diagnosis of brucellosis. It is a well established fact that agglutinins are formed in patients and animals suffering from infections of the

Brucella type. Appearance of agglutinins in the blood stream has been reported as early as the fifth day of the disease. It is the consensus of opinion, however, that specific agglutinins normally appear about the tenth or thirteenth day after commencement of the fever. In our experimental cases the earlier agglutination reaction was recorded at ten days after commencement of the disease, and others did not show agglutinins until 23 days after the onset. A minimum titer of 1 to 80 is commonly accepted as evidence of infection; however, the titer of the agglutination test may remain high for long periods after recovery and individuals continually exposed to sources of infection may develop agglutinins in their blood without any notable illness.²⁰ It has been a common practice to consider a negative agglutination as evidence against infection; however, it has been repeatedly demonstrated that *Brucella* organisms have been cultivated from the blood or excretions of patients having a negative agglutination test.

COMPLEMENT FIXATION

While the test for fixation of alexin has not been very generally used alone for the diagnosis of *Brucella* infections, it has been frequently used for the purpose in conjunction with other immunological reactions. It has been employed in the diagnosis of brucellosis in man as alternative to or confirmatory of the agglutination reaction. It has also been used in the detection of *Brucella abortus* infection in cattle. Various antigens have been used as carbolized and centrifuged autolysates of the organisms, solutions in isotonic saline of alcoholic precipitates of the filtrates of autolized cultures, alkali soluble portions of the organism and fresh heat killed suspensions of the organism. In our depart-

ment we have been using with success the purified *Brucella* protein as antigen. The reaction is usually positive during the course of the fever and frequently for long periods afterwards. It may be present at a time when agglutinins are absent or very weak.

OPSONOCYTOPHAGIC INDEX

This test was introduced by Huddleson²² and determines the opsonocytophagic power of the blood. Its technique consists of mixing equal quantities of oxalated (0.8%) fresh blood and a heavy bacterial suspension of living organisms. The mixture is incubated in a water bath at 37°C for 30 minutes. Then, spreads are made on slides and after rapid drying, stained with Hasting's stain. The phagocytic activity is then observed under the microscope. Each cell is observed, counted and recorded, counting 25 cells. Each cell is recorded as negative when no phagocytosis occurs, slight when from 1 to 20 bacteria are seen within the cell, moderate from 21 to 40 bacteria, and marked when more than 40 bacteria are engulfed.

This method is of little use by itself and should always be used in combination with agglutinative and allergic tests.

ALLERGIC REACTION

The allergic skin test has not attained general use in the identification of infection with *Brucella* organisms which the early workers anticipated. Several authors (Fleischner and Meyer)²³ have demonstrated specific local reaction on intracutaneous injection of broth filtrates of *Brucella* cultures. Burnet²⁴ found that the intradermal injection of broth filtrates was positive in 15 to 20 per cent of human cases of undulant fever in which agglutination

reactions were negative. Similar reports have been given by Trenti,²⁵ while Mitra²⁶ and Bua²⁷ do not regard the test as satisfactory, although they obtained a specific skin reaction with killed salt suspensions of *Brucella melitensis*. Giordano²⁸ reports severe local reactions in 25 cases of undulant fever injected intracutaneously with 0.2 cc. of a heated saline suspension of the organism, while he obtained no reaction in 99 controls similarly injected. The reaction is said to become positive from the 7th to the 10th day of the fever and may last for several months after recovery. Levin²⁹ reports the use of a fat-free antigen with encouraging results. Huddleson *et al* have used a standardized solution of a nucleo-protein fraction obtained from *Brucella* cells. The preparation is called brucellergin, and they advise its use in conjunction with agglutination and with the opsonocytophagic index. According to Huddleson, when these tests are negative the patient is susceptible to infection; if two or more of them are positive, the subject may be infected or immune.

The Department of Bacteriology of the School of Tropical Medicine has attempted to obtain a standard preparation which could be measured accurately, would be a good antigen, would be stable and could be prepared easily with the least possible denaturization. After several trials we have obtained a preparation³⁰ which is a fine powder, light brown in color, of a fairly constant composition, which can be measured accurately, is stable in the dry state and constitutes a good antigen. This preparation has been used with excellent results³¹ as an antigen in determining complement fixation tests, and in determining cutaneous hypersensitiveness to *Brucella* in different groups of individuals.

Group A consisted of 222 adult males

from Puerto Rico, working in contact with cattle or infected material. Of these, 35.5 per cent reacted to one or more of the tests made; 24.7 per cent showed hypersensitiveness; 20.2 per cent showed a positive opsonocytophagic reaction; 5.4 per cent showed positive agglutination and 7.2 per cent showed a positive complement fixation reaction. Group B was composed of 1003 children and adults from the general population of San Juan, where endemic abortion is prevalent. In this group, 5 per cent reacted positively to one or more of the tests; 4.2 per cent gave a positive cutaneous reaction; 2.3 per cent, a positive opsonocytophagic reaction; .29 per cent were positive to agglutination and .49 per cent showed a positive reaction to the complement fixation test. Group C, which consisted of 448 children and adults from the general population of St. Thomas, where endemic abortion is not known to exist, gave the following results: All cases were negative to the skin test, agglutination and complement fixation reactions. One per cent gave positive opsonocytophagic reaction. Two cases suffering from advanced pulmonary tuberculosis showed an extremely weak reaction to the skin test, but in both instances the reaction was considered negative and the cases were negative to all other tests.

There is no correlation between cutaneous allergy to *Brucella* infection and other immunological reactions such as agglutination or complement fixation.

In our series there were cases positive to the opsonocytophagic test, which gave a negative cutaneous reaction, and cases showing a positive cutaneous reaction which were negative to the opsonocytophagic test. It is worthy of note that, using the purified protein as an antigen, the number of cases giving a positive reaction to the complement fixation test was larger

than that giving a positive agglutination.

Using the purified *Brucella* protein for cutaneous tests, none of the cases showed necrosis, although 8 per cent of the positive reactors developed constitutional reaction accompanied by pain or discomfort in the arm, general malaise and slight fever, which usually lasted 24 hours. Severe local and systemic reactions were absent.

There is a direct relation between contact with infected sources or ingestion of infected raw products and skin reaction to the purified *Brucella* protein. In the case of anergy in the presence of proven *Brucella* infection, clinical and laboratory evidence may precede the development of a positive reaction. This may merely represent a delay in the appearance of allergy and these cases should be tested from time to time to see if hypersensitiveness develops some time during infection.

Desensitization apparently occurs. We observed that usually the older milkers and those who had been working in an infected dairy for many years, were negative to the cutaneous test, although they, undoubtedly, had chances of becoming infected.

The possibility of sensitization without infection must be duly considered in evaluating the skin reaction. No doubt there is a necessity for a standard preparation that will react with specificity, stability and constant potency, and it is hoped that the purified *Brucella* protein may fulfill this need.

In our opinion, the cutaneous reaction to the purified *Brucella* protein, when positive, only occurs in persons that have been previously sensitized to *Brucella* protein. It should be of great value in epidemiological investigations in determining the persons that have been in contact with infected sources, but until further work is done it should not be considered as proof of present or past infection, since it only shows

a state of hypersensitiveness in persons that have been in close contact with infected material.

TREATMENT

C. M. Carpenter and R. A. Boak³² have recently reviewed the literature on current therapeutic methods used in the treatment of brucellosis. They have considered them under the following headings: (1) vaccine therapy; (2) serum therapy; (3) therapy with toxic filtrates; (4) chemical therapy; (5) foreign protein therapy; (6) therapy with artificially induced fever, and, (7) mixed therapy.

Vaccine therapy: After reviewing the extensive literature on the subject, they concluded that favorable results cannot be attributed to the specific effects of vaccines but, more probably, their value is dependent upon the intensity of the generalized systemic reaction evoked by their injection.

Serum therapy: The reports on the use of antisera are in general favorable, but the results are mostly temporary. These results are encouraging and suggest the use of a concentrated antiserum.

Therapy with toxic filtrates: Few investigators have used toxic filtrates, but it is evident that specific effects are not obtained. Favorable results are evidently dependent upon "shock". Possible harm from toxin should be considered before using these filtrates.

Chemical therapy: Dyes, such as methylene blue, mercurochrome, acriflavine and methyl violet, have been employed in the treatment of the disease. Other chemicals as neosalvarsan, lantol, electargol and collobiase have also been used. The average duration of illness was not shortened and in several instances detrimental effects were noted. In cases which appear to recover after chemical treatment, chills and fevers

with exacerbation of symptoms occurred after injection. This systemic reaction may very well be responsible for the improvement. Sulfanilamide has also been used. In acute cases, some authors have reported benefits from its administration, while in chronic cases little or no result has been obtained.

Foreign protein therapy: Vaccines prepared from typhoid, Paratyphoid A and Paratyphoid B, have been used intravenously. Milk and especially prepared bacterial proteins have also been used. In cases in which these agents may have been of benefit, it is believed that the protein shock, rather than the specificity of the vaccine, has been the beneficial factor.

Therapy with artificially induced fever: The number of cases treated with artificially induced fever is small, but favorable results support the contention that febrile reaction is an important factor in combating brucellosis.

Mixed therapy: A combination of vaccines, serums, chemicals and other therapeutic agents has been used, the multitude and variety of which are striking evidence of their ineffectiveness.

Recently, Calder¹⁹ has used a vaccine prepared by Foshay, by detoxifying *Brucella* with nitrous oxide. The vaccine was given subcutaneously at daily intervals. He used the opsonic response as the most accurate indicator of the adequacy of the treatment, discontinuing it when 80 per cent of the cells showed maximum leukocytosis. In cases in which adequate opsonins did not develop, from 6 to 12 mg. of nicotinic acid was given intravenously, and improvement was accomplished clinically and serologically. The mechanism of this effect is unknown and its use admittedly empirical. The authors think that the results obtained are due to actual specific immunization.

The specific effects of vaccines are questionable in experimental animals, as one often recovers *Brucella* from vaccinated animals that have been naturally or artificially infected.

The best results have been obtained after severe systemic reactions; however, one must be on guard against the toxic effects of the vaccine, which are at times very serious.

Convalescent serum or blood transfusion from the immune individual is valuable, especially in children and in cases of severe anemia.

Recent reports on the use of hyper-immune animals sera of high agglutinating content are encouraging.

In closing, we want to call attention to the fact that Puerto Rico has a high incidence of contagious abortion in cattle, that about 25 per cent of the persons working in contact with these animals give a positive cutaneous reaction to the purified *Brucella* protein, and that a large number of them show opsonins, agglutinins and alexins towards *Brucella* in their blood. In a group taken from the general population of San Juan, about 4.5 per cent showed hypersensitiveness to the *Brucella* protein, indicating that they have been sensitized to the organism.

One must bear in mind that brucellosis is a common and endemic disease that may be latent or asymptomatic, or may be acute or chronic.

There are reasons to believe that with such a high incidence of infection in animals and a high index of sensitization in contacts and individuals from the general population, the morbidity of the disease in the Island should be greater than that known at present.

REFERENCES

1. *Hughes, M. L.*: Mediterranean, Malta or Undulant Fever. MacMillan and Co., New York and London, 1897.
2. *Evans, A. C.*: J. Am. Med. Assoc., 103:665. 1934.
3. *Taylor, R. M., Lisbonne, M., Fidal, L. F. and Hazemann, R. H.*: Bulletin of the Health Organization of the League of Nations, Vol. VII, Extract No. 9, page 503.
4. *Hasseltine, H. E.*: U. S. Pub. Health Rep., 46:1519. 1931.
5. *Hardy, A. V., Jordan, C. F., Borts, I. H. and Hardy, G. C.*: National Institute of Health Bulletin No. 158. U. S. Pub. Health Service. 1930.
6. *Morales Otero, P.*: P. R. J. Pub. Health & Trop. Med., 6:3. 1930.
7. *Ibid.*: J. Infect. Dis., 52:54. 1933.
8. *Evans, A. C.*: U. S. Pub. Health Rep., 52: 1072. 1937.
9. *Baker, B. M., Jr.*: Tr. Assoc. Am. Physicians, 43:285. 1928.
10. *Amoss, H. L.*: Internat. Clin. 41st Series, 4:93. 1931.
11. *Cameron, W. R. and Wells, M.*: South. Med. J., 27:907. 1934.
12. *Thames, E.*: Med. World, 53:106. 1935.
13. *Marietta, S. U.*: Am. Rev. Tuberc., 32:257. 1935.
14. *Harris, H. J.*: J. Am. Med. Assoc., 105:941. 1935.
15. *Seoville, W. B.*: J. Am. Med. Assoc., 105: 1976. 1935.
16. *Hamman, L. and Wainwright, C. W.*: Bull. Johns Hopkins Hospital, 58:109. 1936.
17. *DeJong, R. N.*: J. Nerv. and Mental. Dis., 83:430. 1936.
18. *McCullagh, E. P. and Clodfelter, H. M.*: Ann. Int. Med., 10:1508. 1937.
19. *Calder, R. M.*: South. Med. Jour., 32:451. 1939.
20. *Morales Otero, P.*: Agents of Disease and Host Resistance, page 710. Charles C. Thomas, Baltimore, Maryland. 1935.
21. *Calder, R. M., Steen, C. and Baker, L.*: J. Am. Med. Assoc., 112:1893. 1939.
22. *Huddleson, I. F.*: Brucella Infections in Man and Animals. The Commonwealth Fund. New York, 1934.
23. *Fleischner, E. C. and Meyer, K. F.*: Am. J. Dis. Children, 16:268. 1918.
24. *Burnet, E. T.*: Arch. de l'Inst. Past. de Tunis, 14:247. 1925.
25. *Trenti E.*: Policlinico, 32:867. 1925.
26. *Mitra, M.*: Pediatría, 32:721. 1924.
27. *Bua, F.*: Minerva Med., 6:394. 1926.
28. *Giordano, A. S.*: J. Am. Med. Assoc., 93: 1957. 1929.
29. *Levin, W.*: J. Lab. and Clin. Med., 16:275. 1930.
30. *Morales Otero, P. and González, L. M.*: Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 38:703. 1938.
31. *Ibid.*: Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 40:100. 1939.
32. *Carpenter, C. M. and Boak, R. A.*: Medicine, 15:103. 1936.

LA RADIOTERAPIA ANTI-INFLAMATORIA Y ANTI-INFEC-CIOSA. SUS INDICACIONES Y TECNICA APROPIADA*

I. GONZALEZ MARTINEZ, M. D.

San Juan, P. R.

La radioterapia de las afecciones inflamatorias y de las infecciones ha progresado de tal manera durante los últimos años y ha tomado ya tanta preponderancia como agente curativo, que bien vale la pena detenernos a considerar las razones de su éxito.

No hace muchas semanas que los compañeros Ramos Casellas y Landrón leyeron un magnífico trabajo sobre el mismo tema en la Asociación Médica del Distrito Norte. Mientras me deleitaba oyendo aquella disertación, pensé en la conveniencia de tratar con más amplitud las indicaciones del medicamento y los factores técnicos de su empleo.

He ahí el motivo de esta conferencia.

Importa ante todo poner en claro nuestro concepto de las enfermedades inflamatorias. Para nosotros la inflamación es, desde el punto de vista radioterápico, un caso particular de la infección; y vamos a definirla como el "*conjunto de trastornos funcionales y alteraciones anatómicas que se manifiestan en cualquier punto localizado del organismo a consecuencia de irritaciones producidas por agentes patógenos.*" Este carácter de localización la distingue de las infecciones generales, como piolemias y septicemias, que suelen producir los mismos agentes microbianos; pero a la vez advierte que la inflamación y la infección se dan la mano: de ordinario la primera no aparece sin el concurso de la segunda.

Bien nacida la radioterapia anti-inflamatoria el año 1898 en la mente sagaz de Lassar y Hendrix, se desacreditó, sinembar-

go, y fué condenada muchos años al olvido, por causa del pésimo resultado que produjeron las dosis inciertas aconsejadas entonces. Los radiólogos, en efecto, saben cómo se hizo clásica la sentencia de que "las inflamaciones eran una contraindicación de la radioterapia." Fué necesario el advenimiento afortunado de la trascendental publicación de Heidenhain y Fried el 1924,¹ dando a conocer sus éxitos en 254 casos, para que el método se rehabilitara y conquistara la posición sobresaliente que ahora ocupa.²

No hay duda de que los admirables adelantos mecánicos introducidos en los equipos modernos de radioterapia, junto al conocimiento más extenso y profundo de las leyes biológicas y de los factores físicos que rigen la acción terapéutica de las radiaciones, fueron las principales causas determinantes de esa conquista.

Es lógico, por lo tanto, aconsejar a los médicos deseosos de ensayar esta particular aplicación de la radioterapia, que antes de aventurarse a la empresa, adquieran nociones amplias y firmes, teóricas y experimentales, sobre el efecto fisiológico de la energía radiante en las capas superficiales y profundas de los tejidos, órganos y sistemas agredidos por la inflamación. Solo así podrá conocer las indicaciones justas y determinar con acierto la dosis y técnica más conveniente al caso.

Es verdad que a primera vista el método seduce por su aparente facilidad, comodidad y resultado espectacular. En la práctica, sinembargo, ocurre que, mientras en manos de un radioterapeuta hábil y prudente, el enfermo está a cubierto de acci-

* Leído durante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 9, 1939.

dentes nocivos, cuando lo atrapa un radiólogo novel se expone a desagradables consecuencias.

De lo dicho se infiere que el éxito de la radioterapia anti-inflamatoria y anti-infecciosa depende mucho de las condiciones en que se ejecute. Poseemos hoy conocimientos nuevos que permiten resolver en cada caso, si no todos, cuando menos la mayor parte de los problemas clínicos y técnicos que levante.

Entre esos conocimientos descuellan por su importancia excepcional las tres leyes siguientes:

1o.—La ley de la Divergencia, demostrando que los rayos X se propagan, como todas las vibraciones electromagnéticas, en proporción inversa al cuadrado de las distancias. A distancia doble será necesaria una dosis cuádruple para obtener el mismo efecto biológico.

2a.—La ley de Belot y Guillemín, estableciendo que “la dosis absorbida es el factor dominante en radioterapia”, de donde resulta que la fracción de rayos X que atraviese los tejidos sin modificarse no es útil en terapéutica. La absorción es, por otra parte, tanto mayor cuanto más larga la longitud de onda y tanto menor cuanto más elevada la tensión en el circuito secundario.

3o.—La ley de Heidenhain, proclamando que la dosis de rayos X eficaz para los procesos flogísticos es inversamente proporcional a la agudeza de los mismos.²

Sabemos también que el haz desnudo de rayos X es heterogéneo, pero que esta condición se modifica elevando el voltaje en los terminales del tubo y filtrando los rayos a través de láminas de metal, que unas veces será aluminio y otras cobre, según el valor de la penetración. El aluminio se prefiere para las aplicaciones superficiales o semipenetrantes, mientras que el cobre se usa en la terapia profunda.

Variando de este modo la penetración,

podremos hacer variar también la dosis absorbida en una capa milimétrica cualquiera de tejido. En efecto, experimentando con rayos desnudos engendrados a una tensión de 25 KV, encontramos que la mitad de la energía se absorbe en los primeros 4 milímetros de la capa cutánea.³ Esa es la capa de medio valor de este fascículo especial medida en el tejido; esa misma capa medida en aluminio solo tiene un valor de .3 de milímetro. Si continuamos las pruebas elevando el voltaje y aumentando la filtración, veremos que la capa de medio valor también aumenta en espesor y, como consecuencia de este fenómeno, los 4 primeros milímetros de piel absorberán una cantidad menor que en la experiencia anterior. Así lo demuestra el hecho de que operando con 100 KV y un filtro de 4 mm de aluminio, que son las condiciones técnicas con que nosotros podemos aplicar la radioterapia anti-inflamatoria en la Clínica de la Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer, la capa de medio valor en aluminio pasa de .3 a 4 mm. y en tejido humano de 4 mm. a 25 mm. En virtud de este cambio, los 4 primeros milímetros de piel no retienen más que el 5% de la dosis total, es decir 10 veces menos que en el caso anterior.

Tales variaciones de la capacidad absorbente de los tejidos, al modificar el voltaje y la filtración de la energía X, nos explican la aparente contradicción de las técnicas empleadas por radioterapeutas distintos.⁴

Ahora bien, conviene ajustar la penetración a la profundidad del foco inflamatorio, aumentándola o rebajándola, según fuere necesario; porque de este modo podremos reducir la dosis incidente.

Cuando se emplean tensiones inferiores a 60 KV y un filtro menor de 1/4 mm. de aluminio, la capa de medio valor no ocupa más que un centímetro de tejido y la dosis óptima superficial total fluctúa entre 1 y 10

r; pero si la tensión se eleva a 100 KV filtrados por 4 milímetros de aluminio, entonces será necesario elevar la dosis por sesión a 20 a 30 r.

Los focos profundos, como los abscesos pélvicos, los flemones perirectales y las neumopatías, etc. podrán tratarse con tensiones de 180 o 200 KV, filtrando por 1/4 o 1/2 mm. de cobre, y dosis de 80 a 100 r; pero cuando el proceso es muy agudo, no deberán administrarse más que 5 o 6 r, para que la dosis profunda no quiebre el plafón de nocividad.

Si tomamos la precaución de medir sistemáticamente en el aire las dosis ionométricas superficial y profunda para diferentes voltajes y espesores, veremos que la dosis focal eficaz es una medida constante.⁴

Es verdad que todavía no hay acuerdo entre los investigadores acerca de la calidad de la radiación preferible en terapia anti-inflamatoria; pero no admite duda que el conocimiento exacto de la capa de medio valor sirve para calcular, mejor que cualquier otro factor, la dosis conveniente al caso particular, según sea superficial o profunda la situación del foco inflamatorio.⁵

Tampoco se conoce el mecanismo en virtud del cual los rayos X actúan favorablemente contra las inflamaciones e infecciones. Sin embargo, se acepta que ejercen una acción destructiva directa sobre los linfocitos, células muy radiosensibles, y que estimulando la hiperemia y modificando la circulación linfática, promueven la fagocitosis. Holzknecht y Pordes creen que la desintegración de los linfocitos, además de disminuir la tensión local y aliviar el dolor, pone en libertad fermentos o diastasas que, por acción quimiotáctica positiva, atraen hacia el foco anticuerpos de reserva almacenados en regiones distantes del organismo, y que esos anticuerpos y lisinas ayudarán la resolución del proceso y la *restitutio ad integrum*. Wintz y Reding sostienen

que el efecto curativo de las radiaciones sobre el proceso inflamatorio se realiza por una acción de choque.²

El resultado depende de muchas circunstancias, tales son: el estado general del individuo, el período que atraviese la enfermedad, el momento de la intervención, el ritmo de las sesiones y la dosis total.

La radioterapia cambia las relaciones del organismo enfermo con el agente agresor. Este cambio puede ser favorable, desfavorable o nulo. Es favorable cuando, con una dosis bien calculada, se inicia la regresión de los síntomas; hay reacción positiva. Es desfavorable cuando, por el contrario, la reacción es negativa, con agravación de todos los síntomas. Y es nulo cuando, por defecto de dosis, no se modifica el cuadro clínico.⁴

Estas reacciones aparecen de ordinario en las primeras 36 horas subsiguientes a la irradiación y alcanzan su máximo en 24 o 48 horas; luego declinan hasta desaparecer al cabo de uno a tres días. El ciclo completo evoluciona en 3 o 6 días.

Si rebajamos gradualmente la dosis que provoca reacción positiva, llega un momento en que ésta no aparece. La dosis mínima necesaria para su aparición se llama *umbral de eficacia*. Aumentando ahora poco a poco la dosis, encontramos una de eficacia máxima: es la *dosis óptima*. La diferencia que separa el umbral de eficacia de la dosis óptima se llama *margen de sensibilidad*. Si continuamos aumentando la dosis, alcanzaremos un límite donde la reacción amenaza volverse negativa y el proceso comienza a agravarse; hemos tocado el *plafón de nocividad*. El valor comprendido entre el umbral de eficacia y el plafón de nocividad constituye el *margen de seguridad*. La dosis que media entre la óptima y el plafón de nocividad forma el *margen de tolerancia*.

En ningún momento nuestra dosis supe-

rará el margen de tolerancia, porque una vez quebrado el plafón de nocividad, aparecerán manifestaciones desagradables, precursoras del fracaso.

El margen de seguridad es muy amplio en las inflamaciones crónicas; es un poco menor, pero todavía lato, en las sub-agudas y muy estrecho en las hiperagudas.

El ritmo o frecuencia de las dosis está marcado por la duración mínima del período reaccional, que es 48 horas. Acortando los intervalos, los efectos biológicos se suman; entonces el plafón de nocividad puede quebrarse y sobrevenir accidentes desagradables. Si por el contrario el intervalo se alarga más de seis días, el efecto de la segunda dosis será menor debido a la radiofilaxia.⁶

Los hechos consignados demuestran que la dosis recomendable debe de variar de acuerdo con las circunstancias que rodean el caso, tales como estado general del individuo, localización, extensión, agudeza, período evolutivo y agente microbiano de la enfermedad. Las infecciones gonocócicas y neumocócicas responden a dosis menores que las indicadas para las estrepto y estafilocócicas. Los diabéticos son extraordinariamente sensibles. Los focos viscerales son menos tolerantes que los superficiales y semi-profundos.

Si después de emplear 4 o 5 dosis bien calculadas no se observa mejoría, entonces no debemos continuar irradiando; el caso deberá de catalogarse entre los fracasos del método.

La radioterapia anti-inflamatoria tiene indicaciones numerosas. Debe de emplearse en todos los procesos flogísticos superficiales y en la mayor parte de los profundos. Entre los superficiales merecen especial mención, por el brillante resultado de este tratamiento, los forúnculos localizados en el cuerpo y en la cara, el antrax⁷, los flemones, la erisipela y las piodermis. En-

tre las inflamaciones sub-cutáneas y profundas señalaremos las adenitis, las adenoiditis⁸, las amigdalitis⁹, las sinusitis¹⁰, las otitis media¹¹, las mastoiditis¹², el flemon perinefrítico, los abscesos perirectales^{13, 14}, las anexitis¹⁵, las salpingitis, las artritis gonocócicas, las flebitis¹⁶, etc. etc. y entre las infecciones generales con foco evolutivo la neumonia^{17, 18}, la peritonitis, la septicemia puerperal, la poliomiелitis anterior, la encefalitis¹⁹, etc., etc.

En los forúnculos del labio y de la cara^{4, 7, 20} el resultado es sorprendente, a veces espectacular. Si se interviene en el prístino comienzo, cura con una sola aplicación. Esa es nuestra experiencia.

En cambio, las anexitis y las inflamaciones viscerales necesitan la renovación de la dosis a intervalos de 4 o 5 días. Ello se debe a que debemos mantenerla cerca del límite inferior del margen de seguridad, para evitar el desastre que acarrearía la perforación del umbral de las reacciones nocivas.

La radioterapia anti-inflamatoria puede asociarse a otros agentes curativos, tales como la seroterapia específica, la quimioterapia por la sulfanilamida y sulfopiridina la carbonoterapia y la antisepsia local suave. Pero debemos evitar el uso de los bacteriófagos, que son inútiles, de las vacunas, de la choquiterapia, del iodo y de los antisépticos mercuriales; y la quimioterapia con arsenicales, sales de oro y preparados de antimonio, que constituyen formales contraindicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. *Prof. Hermann Wintz: Roentgen Therapy in inflammatory diseases — Radiology — Vol. 31 — No. 2 — Page 156 — Aug. 1938.*

2. *Prof. H. Wintz et R. Redding*: La Radiothérapie des affections inflammatoires et son mode d'action — *Journal de Radiologie et d'Electrologie* — Tome 23 — No. 6 — June 1939 — Pag. 241.
3. *Gaston Daniel*: Roentgenthérapie anti-inflammatoire et anti-infectieuse — *Journal de Radiologie et d'Electrologie* — Tome 23 — No. 7 — Juillet 1939 — Page 289.
4. *Gaston Daniel*: La Roentgenthérapie anti-inflammatoire *Journal de Radiologie et d'Electrologie* — Tome 22 — No. 8 — Aout 1938 — Pag. 353.
5. *W. H. Meyer*: The Co-relation of Physical and Clinical Data in Radiation Therapy — *Radiology* — Vol. 32 — No. 1 — January 1939 — Page 23.
6. *J. Surmont et P. Le Goff*: Les bases de la Roentgenthérapie des affections inflammatoires. — *La Presse Médicale* — No. 77 — 18 octobre 1939 — Page 1417 - 1420.
7. *G. Roncœur, H. Desgrez et F. Degaul*: De la Radiothérapie des furoncles — *Journal de Radiologie et d'Electrologie* — Tome 23 — No. 1 — Janvier 1939 — Page 17.
8. *Robert Clément, P. Gilbert et E. Clenet*: Roentgenthérapie des adénoiditis de l'enfant — *La Presse Médicale* — No. 41 — 24 Mai 1939 — Page 786 - 789.
9. *M. R. Mathey-Cornat*: — Sur la Roentgenthérapie anti-inflammatoire, etc. *La Presse Médicale* — No. 29 — avril 12, 1939 — Page 544
10. *Frank E. Butler and Ivan M. Woolley*: The Roentgen Treatment of Chronic Sinusitis — *Radiology* — Vol. 30 — No. 6 — June 1938 Page 686.
11. *J. P. Brown, L. L. Titche and W. E. Lawson*: Roetgen Therapy in acute and Chronic Otitis Media — *The Am. J. of Roentgenology and Radiumtherapy* — Vol. 42 — No. 2 — Page 285.
12. *W. L. Ross* — Clinical Symptoms Useful as a Guide for Roentgen Therapy — *The Am. J. of Roentgenology and Radiumtherapy* — Vol. 42 — No. 4 — Page 565.
13. *Jean Huguet et Gaston Daniel*: La Radiothérapie anti-inflammatoire — *Journal de Radiologie et d'Electrologie* — Tome 23 — No. 9 Sept. 1939 — Pag. 401.
14. *Benno Mayer*: Les rayons X dans les affections inflammatoires — *Journal de Radiologie et d'Electrologie* — Tome 23 — No. 9 -- Pag. 403.
15. *R. Mathey-Cornat*: — Indications de la Radiothérapie des affections gynécologiques inflammatoires — *Journal de Radiologie et d'Electrologie* — Tome 23 — No. 9 — Sept. 1939. Pag. 390.
16. *Constantini, Marchini et Liaras*: Du traitement des phlébitis par la radiothérapie profonde — *Journal de Radiologie et d'Electrologie* — Tome 23 — No. 4 — avril 1939.
17. *Walter Roger Scott*: X Ray Therapy in the Treatment of Acute Pneumonia — *Radiology* — Vol. 33 — No. 3 — Sept. 1939.
18. *Leon Solis - Cohen and Samuel Levine*: Roentgen Treatment of Lobar Pneumonia — *The Am. J. of Roent. and Rad. Therapy* — Vol. 42 — No. 3 — Sept. 1939 — Page 411.
19. *Sidney Rubinfeld and Alexander Wolf*: The Treatment of Encephalitis with the Roentgen Ray — *The Am. J. of Roentgenology and Radium Therapy* — Vol. 42 — No. 4 — Oct. 1939 — Pag. 561.
20. *Gaston Daniel*: Micro et Infra-Micro-Roentgenthérapie anti-infectieuse — Communication faite a la Société d'Electro-Radiologie du Litoral Méditerranéen du 11 décembre 1938 — *Supplement au No. 256* — Fevier 1939 — *Bull. et Mem. Soc. d'Electro-Radiologie Médicale de France*.

EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Y EL MEDICO DE PRACTICA GENERALIZADA

KENDALL EMERSON, M. D.

*Director Administrativo de la Asociación Nacional de Tuberculosis
New York, N. Y.*

El objeto de este trabajo es, francamente, invocar de los médicos que se dedican a la práctica generalizada de la medicina, un mayor interés en la lucha por la erradicación de la tuberculosis. Después de largos años de intensa y creciente campaña contra esta enfermedad nos encontramos con que, en dos aspectos, no hemos avanzado nada —la tuberculosis continúa siendo una infección pandémica, aunque quizás menos diseminada que antes; y no hemos podido descubrir ningún remedio o método específico para evitarla o curarla. No obstante, se ha registrado un notable descenso en la mortalidad y morbilidad de esta afección. Este mejoramiento se debe a muchas causas, entre ellas, un rápido aumento de los conocimientos médicos, normas más elevadas de la práctica de la medicina, mejoramiento de las condiciones sanitarias y progreso en la salud pública, y el aumento del servicio de enfermeras visitadoras, tanto en la zona urbana como en la rural. Pero además de todo ésto, ha habido un aumento de conocimientos en el público en general sobre el valor de la salud, un mayor interés en la medicina preventiva y una disposición sin precedentes para aceptar, como una cosa rutinaria, ciertas medidas que ellos han aprendido a estimar los protegen contra las enfermedades. La popularización de la propaganda educativa en relación con la salud, lanzada a través de distintos medios, ha abierto en la materia gris del público en general surcos muy provechosos. En este proceso educacional la campaña contra la tuberculosis ha ju-

gado un importantísimo papel, porque sus enseñanzas tienen que ser conducidas en términos generales tendientes a la protección y la promoción de la salud, más bien que como la prescripción de una medida específica preventiva.

En una revista contemporánea se apunta, en forma un tanto cínica: “La narración de la conquista de las enfermedades por el hombre nunca deja de despertar interés en quien las lee. El lector cierra el libro con un sentimiento de gratitud para con los científicos que han contribuido a hacerle más segura y confortable su vida y con cierto orgullo por sus ejecutorias. Luego se olvida por completo de ellos.” Bien es cierto que nosotros somos una raza despreocupada; pero dudo de que nos olvidemos de todo cuanto leemos. Algo, por lo menos, puede despertarse del letargo en que se encuentran y activarlos, si tenemos los medios para ello. Mi tesis en las páginas subsiguientes tiende a demostrar que poseemos esos medios, y que ellos están en las manos de los hombres que ejercen la medicina privadamente en Puerto Rico.

Permítasenos discutir cinco de los puntos principales en la campaña para la erradicación de la tuberculosis, haciendo resaltar la forma en que el médico privado puede cooperar a ponerlos en práctica. Estos cinco puntos son: educación sobre la salud, diagnóstico precoz, búsqueda de nuevos casos, tratamiento y rehabilitación o atención del convaleciente.

Educación sobre la Salud:

Un conocimiento comprensivo de lo que es el bacilo de la tuberculosis con sus varias ramificaciones nos da el punto de partida para el trabajo de educación del público. Nosotros sabemos con certeza que no puede haber tuberculosis si no existe el bacilo de la tuberculosis. Es cierto que en este punto nos enfrentamos con dos opiniones contradictorias sobre si es o no deseable la adquisición del grado moderado de inmunidad que nos brinda la infección primaria; pero no necesitamos detenernos a considerar ésto, ya que podemos fácilmente ponernos de acuerdo en cuanto a que la condición ideal sería un mundo libre del bacilo de la tuberculosis, y que mientras mayor número de personas no infectadas existan más nos acercaremos a la meta de nuestras ambiciones. De todos modos, estamos perfectamente justificados en enseñarle al público que debe tratar de evitar el contacto con casos de la enfermedad.

Es aquí donde el médico de la familia debe entrar en funciones, si es que hemos de progresar. Durante un tercio de siglo hemos estado predicando la educación en gran escala. Hemos hecho sonar los tambores de la publicidad y hemos despertado el interés público auxiliados por el temor, la esperanza, el egoísmo y la alabanza, que nos han servido de instrumentos. Sin embargo, nuestra meta está aún muy lejos. Las universidades no dan ya gran valor a la enseñanza didáctica; están volviendo al método seminar, y aún más, al contacto personal entre profesores y estudiantes, bien individualmente o en grupos reducidos. En la iglesia, el pastor da menos valor al sermón y más a su trabajo entre los feligreses como un medio de llegar a sus almas. En medicina, no obstante la gradual desaparición del médico de familia, hay muy pocas

personas que no cuenten entre sus amistades más íntimas a un médico, a quien recurrir en un caso de necesidad. Estas relaciones pueden hacerse más estrechas si la persona se da cuenta de las posibilidades y del campo de servicio que el médico puede prestarle. Distintas agencias han servido para enseñar que el concepto de que el médico de la familia puede ser un consejero y un promotor de la salud, es correcto. Pero estas enseñanzas han progresado muy paulatinamente. Y esto se debe en parte al propio médico; primero, porque en su entrenamiento no se le dió énfasis a este aspecto de su vida profesional, y segundo, porque el bolsillo del paciente ha sido considerado demasiado escrupulosamente. Esto último resulta no infrecuentemente en una economía temporera, pero en una grave pérdida más tarde.

El objeto de la discusión de este tema es demostrar que la educación del público, la promoción de la salud del pueblo y su protección adecuada están necesitados de refuerzos efectivos inmediatos. El campo ha sido talado parcialmente, y tal preparación promete dar una cosecha abundante, pero el médico dedicado a la práctica generalizada de la medicina puede, y debe darle su ayuda necesaria a este fin. Sin tal ayuda sólo podemos progresar paulatina y dolorosamente en nuestros esfuerzos por evitar la propagación de la infección tuberculosa. Una gran oportunidad aguarda a la profesión médica para acelerar este proceso.

Diagnóstico Precoz:

Pasará mucho tiempo, sin embargo, durante el cual continuemos teniendo infecciones tuberculosas. Aún tenemos en nuestro país, por lo menos, medio millón de casos ambulatorios de tuberculosis, muchos de ellos, indudablemente, capaces de disemi-

nar la infección a otras personas. Algunos de ellos son casos conocidos, pero que reciben muy poca supervisión, para que no constituyan un peligro para la comunidad. Indudablemente, un gran número de ellos no han sido aún reconocidos como casos, y por lo tanto constituyen una seria amenaza para todo aquél que viene en contacto con ellos. El punto de interés primordial para el médico de la familia en esta situación es el tiempo que ha transcurrido entre el momento de la infección y las posibilidades del paciente para infectar a otras personas, esto es, la diferencia entre el tiempo necesario para dejar de ser un caso cerrado y convertirse en un caso abierto.

Un diagnóstico practicado durante la etapa temprana de la enfermedad, o sea, mientras es un caso cerrado, debe de considerarse como un triunfo médico, que honra al médico que hace este descubrimiento a tiempo. Esto es practicar conscientemente la medicina. La labor es de lo más simple y de lo más correcta que puede haber en medicina; algo que está al alcance de cualquier médico dedicado a la práctica de la medicina. La prueba de la tuberculina debidamente aplicada y acompañada más tarde por un examen radiográfico del tórax puede revelar la situación existente mucho antes de que aparezca ningún signo o síntoma objetivo que nos dé la menor clave. Las industrias se están dando cuenta de las ventajas de este procedimiento en el examen de sus empleados y derivando grandes beneficios de dichos exámenes. Los mejores hospitales ponen en práctica como rutina estos procedimientos, descubriendo así muchos casos al ser admitidos a ellos nuevos pacientes, y el médico dedicado a la práctica generalizada de la medicina tiene aquí una oportunidad para servir a sus pacientes, que no ha sido puesta en práctica lo suficiente en el presente momento.

Nuestra negligencia en este respecto hace

daño a la profesión médica. Quizás sólo debíamos de admitir estas cosas euando habíamos en privado; pero los records demuestran los hechos. Solamente de 15 a 20% de los casos de tuberculosis pulmonar que son admitidos en los sanatorios son diagnosticados lo suficientemente temprano, o sea, casos mínimos o cerrados durante el proceso no infeccioso de la enfermedad. Esto es aplicable tanto a los pacientes enviados por los médicos particulares como a los diagnosticados por las clínicas y dispensarios. ¿No tienen derecho a mejor oportunidad que ésta aquéllos quienes ponen su fe y su confianza en nosotros?

Búsqueda de casos nuevos:

Por muchos años se ha reconocido como cierto, que si es que deseamos controlar o aún mejor, erradicar la tuberculosis, no podemos depender del sistema prevaleciente, de esperar que se desarrollen signos y síntomas de la enfermedad para entonces tratar de "cerrar la puerta del establo" por medio del aislamiento del paciente, quien ya ha diseminado innumerables bacilos de la tuberculosis, que han podido infectar a todos aquellos que más o menos directamente han venido en contacto con el caso. Distintos métodos han sido sugeridos y ensayados a fin de descubrir casos nuevos de la enfermedad durante su etapa inicial o temprana, antes de que la afección progrese hasta el punto de afectar al individuo de tal modo que se vaya a convertir en un diseminador potencial de bacilos que pueden infectar a otros. Se ha propuesto y probado el aplicar la prueba de la tuberculina a todos los niños de edad escolar. Esto tiene dos fines. Primero, descubrir aquéllos que reaccionen positivamente, y si está indicado, poner en práctica en ellos ciertas formas especiales de cuidados preventivos, y segundo, buscar la fuente ini-

eial de infección, bien sea en la familia o en el medioambiente en que se desarrolla el niño que reaccionó positivamente.

Ultimamente se ha encontrado que en términos generales, los resultados obtenidos de este procedimiento difícilmente justifican el gasto que envuelve tal método. Otros aún más recientemente aconsejan el examen por medio de la prueba de la tuberculina de todos los niños de edad preescolar dondequiera que esto es posible, y entonces una búsqueda cuidadosa entre los contactos familiares de todos aquellos niños que den una reacción positiva. Otro paso adicional es el examen de todos los niños de alta escuela cuando ingresan en dichos planteles. En este paso el objeto no es tanto descubrir los focos primarios de infección, ya que estos niños tienen un campo amplio de contacto, sino el de determinar qué probabilidades existen en cuanto a que el origen de la infección proceda de los contactos inmediatos en la familia. Lo que se desea principalmente con este método es descubrir tempranamente los casos de reinfección tuberculosa, antes de que esta produzca síntomas. Igual procedimiento se aconseja en el caso de los jóvenes que abandonan la escuela para dedicarse a determinadas industrias o para ingresar en los colegios. Por supuesto, que las personas que se sabe que están en contacto con pacientes tuberculosos o que dan indicaciones o síntomas sospechosos de poder estar enfermos deben de recibir la prueba de la tuberculina o ser radiografiados a intervalos adecuados. En esta forma podemos esperar resguardar al adolescente durante este período de su vida, de que sea víctima insospechada de la enfermedad en una época cuando es más probable que pueda ocurrir una reinfección. Este plan ha dado resultados positivos y es económico, y cada día mayor número de colegios están poniendo en práctica la costumbre de hacerle la prueba de la tuberculina

o radiografiar a los estudiantes que están en vísperas de graduarse.

Para el médico particular la búsqueda de casos tiene dos aspectos: su deber para con sus propios pacientes, y su actitud hacia la política general de esudriñar la población con el fin de descubrir casos ocultos o que pasaban sin que se sospechase existían como focos potenciales de peligro para el individuo y como amenazas obvias a la comunidad. Los pediatras han aceptado este doble deber, y son hoy día firmes aliados del servicio público en esta intensa campaña para el diagnóstico precoz de la enfermedad, cooperando en la búsqueda de los casos cuando todavía son inocuos, hallando las superinfecciones entre sus pequeños enfermitos y considerando seriamente la importancia de estos casos cuando los descubren.

Nuestra vigilancia no puede limitarse, sin embargo, a la búsqueda dentro de las personas jóvenes. Las estadísticas indican que hay un descenso en la morbilidad por tuberculosis en esta edad cuando se ponen en práctica las medidas preventivas que hoy día se aconsejan; por el otro lado, se ha demostrado que existe una tendencia definida hacia un aumento en el número de muertes por la enfermedad entre los grupos de edades más avanzadas. Para la protección total de la familia se necesita enfocar nuestra atención en los casos crónicos de tuberculosis pulmonar que puedan existir entre los miembros de nuestra población que han alcanzado una edad avanzada. Un caso de tuberculosis pulmonar de tipo fibroso frecuentemente no presenta síntomas, y a menudo oímos la historia de la tía o de la abuela con sus famosos ataques de asma o de bronquitis crónica, que frecuentemente continúan sin que se sospeche que son debidos, en realidad, a una tuberculosis. Aún más, estos miembros de la familia son, por desgracia, los que están más en contacto

directo con los niños. Y puede que se necesite gran tacto y persuasión para conseguir de este grupo de personas que entiendan la necesidad de hacerse practicar un examen radiográfico. No hay duda de que un estudio detenido que se practique de este grupo de la población nos demostraría la existencia de gran número de casos de tuberculosis, que dejarían sorprendidos a sus propios familiares. Es aquí donde la sabiduría del médico de la familia necesita ponerse en práctica con mayor agudeza.

Tratamiento:

Hasta el presente no se ha encontrado ningún sustituto para el tratamiento clásico de la tuberculosis por medio del descanso. Aquellos factores que conducen o cooperan a este tratamiento básico de la enfermedad deben de ser estimulados, de la misma manera que los que no estén en concordancia con este postulado deben de mirarse con gran recelo. Especialmente para aquellos que tienen la fortuna de que su caso sea objeto de un diagnóstico precoz, el antiguo sistema de descanso, preferentemente en un sanatorio, está tan en boga y tan justificado hoy día, como lo era en el pasado, y quizás sea lo que mejor conduzca a la curación total del mayor número de casos. Para el médico particular es de sumo interés el asunto del pneumotórax, que hoy en día está tan generalizado. Colapsoterapia no es una cosa nueva. Los antiguos galenos escribieron sobre este tema, refiriéndose a los resultados beneficiosos que derivaban ciertos pacientes cuando se producía en ellos el pneumotórax espontáneo. Hace un siglo un médico escocés recomendó este procedimiento como medio de tratamiento, aunque es cierto que pasó cerca de un siglo sin que nadie hiciese caso a su saludable consejo. Forlanini fué el primero en predicar y aconsejar el procedimiento como

una medida rutinaria en el 1882. Es cosa sorprendente que durante el primer cuarto de este siglo, teniendo como tenemos tan amplios conocimientos de la cirugía, se realizase un progreso tan lento en el desarrollo de los métodos modernos de tratamiento.

Desde el punto de vista del paciente, no hay duda de que un procedimiento rápido como éste, donde hasta ahora sólo se habían utilizado medidas lentas y pasivas, tiene que parecer como una bendición del cielo. Los propios médicos, quienes tienen que soportar la carga de las impertinencias de sus pacientes, debido a la ansiedad y deseo de curarse, se sienten inclinados a utilizar este método como una forma de precipitar la curación o la mejoría, máxime cuando al mismo tiempo le da a él una oportunidad para poner en práctica un método espectacular en favor del paciente.

Ultimamente ha surgido en nuestras mentes el temor de que quizás nos estamos inclinando demasiado al uso de la colapsoterapia para compensar la tardanza que ha ocurrido en venir el caso a nuestras manos. Nadie sería capaz de negar sus méritos, pero estos no son suficientes, sin embargo, para clasificar la colapsoterapia como una panacea. Una cuidadosa selección de los casos es de importancia vital. Debemos recordar que, básicamente, el tratamiento es en realidad, una aplicación adicional de la doctrina del descanso. Solamente debe de aceptarse e interpretarse como un nuevo desarrollo y como una ayuda más de labor efectiva para cooperar con el cuerpo y para poner el pulmón a descansar, pero sin creer que pueda en ninguna forma sustituir los otros principios básicos del tratamiento. El tratamiento sanatorial continúa siendo la base esencial de la manera adecuada para atender estos casos, y pacientes con colapso de sus pulmones deben de ir al sanatorio tanto como los que no reciben colapsoterapia, y permanecer allí hasta que ge-

nuinamente sean casos no bacilíferos y estén en condiciones de poder volver a estar en contacto con el resto de la comunidad. Desde el punto de vista de la erradicación final de la enfermedad, no podemos permitir que se olvide este factor epidemiológico, cuya importancia es tan obvia.

Rehabilitación o Atención del Convaleciente:

El cuidado de los pacientes que han sido dados de alta en los sanatorios como casos detenidos todavía está sufriendo las consecuencias del temor que siempre ha existido en el público en cuanto a esta enfermedad. Es cierto que esta actitud ha disminuido, pero aún hoy día un caso detenido de tuberculosis frecuentemente se encuentra con que dondequiera que va se le recibe fríamente, especialmente cuando va a solicitar su viejo empleo en la firma donde trabajó o en su profesión. Por fortuna un nuevo punto de vista hacia estos pacientes se está desarrollando y cada día hay mayor comprensibilidad entre los patronos hacia estos casos. Aún más, los mismos pacientes están aprendiendo a no olvidarse de que ellos una vez llevaron una vida sanatorial y no borrar de sus mentes el episodio, a la vez que a distinguir lo que significan las palabras "curado" y "detenido". Pocos son los pacientes que llegan a estar completamente bien, o tan bien como debían estar, en el momento en que fueron dados de alta. Ellos deben ser casos no bacilíferos, la enfermedad debe haber estado inactiva por un largo tiempo, su apariencia debe ser la de una persona saludable, y tener buen apetito y un peso adecuado; pero para muchos, el verdadero momento de prueba viene después de que le han dicho adiós al sanatorio. Ellos todavía continúan siendo una carga para la sociedad, y tienen que continuar bajo el ala protectora de dicha socie-

dad, lo cual implica una carga económica muy grande que no puede ser afrontada de una manera casual.

Las industrias ya han sentido el peso de esta responsabilidad y en algunos casos notables han sabido asumirla con gran valor. Recientemente el servicio de Rehabilitación Vocacional establecido por el Gobierno Federal se ha hecho cargo del problema, y existe la esperanza de que todavía haya de dársele al mismo mayor interés. Pero aún queda para la comunidad el resolver el problema principal. Por muchos años se han hecho pruebas en este sentido, mediante el desarrollo de colonias agrícolas e industriales, talleres y casas para los que tienen tales desventajas. Estos dan cabida a una fracción muy reducida de los casos que existen. El por ciento de defunciones en nuestros sanatorios no ha demostrado una disminución alentadora; casi un 25% de los casos que se admiten en nuestros sanatorios son dados de alta por fallecimiento; quizás otro 25% tengan familiares o medios que les permitan sostenerles después que son dados de alta. Tal vez otro porcentaje igual esté en tal situación que necesiten ayuda continua. Pero el 25% restante sale del sanatorio como casos detenidos y por lo general, desearios de volver a su antiguo trabajo, sin que puedan conseguir ocupación alguna.

En las relaciones entre médico y paciente hay muy pocos momentos en que el médico pueda ser de mayor utilidad a su paciente, que aquel en que éste vuelve donde él después de haber sido dado de alta del sanatorio como un caso detenido. La sociedad en general ha descuidado a estos pacientes cuando llega tal momento, y es injusto hacer al médico cargar con la culpa de dicha situación, pero tampoco sería justo que él declinara la parte de responsabilidad que le corresponde. Tales pacientes necesitan tres cosas: en primer tér-

mino, y lo más importante, es una supervisión médica continua, y tener un sitio donde recibir un consejo a tiempo; segundo, dirección social para él y provisión adecuada para su familia, sin que tenga que realizar grandes esfuerzos; tercero, una valoración adecuada de su capacidad y una reeducación o reentrenamiento si fuere necesario, de modo que pueda conseguir un empleo apropiado y productivo para sostenerse él y los suyos. Todas estas cosas forman parte del tratamiento del caso, tanto como los cuidados recibidos durante su permanencia en el sanatorio, y constituyen una responsabilidad permanente de la sociedad, de tal índole que no puede ser resuelta u olvidada en un día.

A fin de tener éxito, aunque sea parcial, en esta lenta, difícil y complicada tarea, debemos tener aún en mayor grado los consejos saludables del médico preparado y dispuesto, que puede prever los peligros y reconocer los signos de alarma en la condición de su paciente con tiempo suficiente para poder evitar una tragedia mayor. Además de los pacientes que mueren en los hospitales, un 50% de los dados de alta mueren dentro de un término de cinco años. Esto resulta un record verdaderamente alarmante, cuando sabemos que muchas de estas muertes pueden evitarse.

Desde el comienzo de la campaña contra

la tuberculosis, el médico de práctica generalizada ha estado en la vanguardia de la lucha. Es él quien ve en primer término al paciente. Conociendo la historia de los familiares de su paciente, él sabe dónde buscar los casos de tuberculosis. Desde el punto de vista de la prevención, él sabe cuáles son las leyes que gobiernan el aumento de la tuberculosis. Aún más, hoy día tiene a su alcance métodos efectivos para el hallazgo de casos tempranos, haciendo diagnósticos precoces. Tales métodos son la prueba de la tuberculina y las investigaciones radiográficas. Y finalmente, suya es la oportunidad de poder conducir de manera efectiva los cuidados posteriores del convaleciente o del caso detenido, evitando así un número lamentable de recaídas como consecuencia de una supervisión inadecuada durante el período más crítico de la rehabilitación del paciente. Como individuos, los médicos en nuestro país han respondido a estas distintas oportunidades para poder ser útiles. Si ahora podemos enlistar la ayuda de todos los médicos de práctica generalizada para que actúen como una unidad y concentren su ataque en contra de la tuberculosis podremos, en nuestra época, convertir la retirada que está teniendo que realizar el bacilo de la tuberculosis en una derrota de tal naturaleza que resulte en su aniquilación total.

PARATHYROID DYSTROPHY JUVENILIS OR CELIAC DISEASE OF THE BONE *

FERNANDO ASECIO, M. D.**

With the radiographic assistance of Dr. J. Duncan White, of the British Post-Graduate Medical School, London, England.

Bayamón, P. R.

The presentation of this paper is to offer some source of interest in the study of bone dystrophies in tropical countries. It is unquestionably a very new field and still more difficult is the grouping and classification of the many rare and clinical conditions in which either the endocrines, or lack of vitamins or faulty metabolism affect the skeletal system.

When the parathyroid-bone relationship was discovered practically every bone dystrophy was blamed to them only to realize that this was not always the case. Not always one could find a high blood calcium level and a low blood phosphorus index. But the close relationship between the parathyroids and Fibroid Osteitis Cystica is at present an accepted fact. Because of the hyperfunction of the parathyroids in this condition a systemic decalcification of bone results, with localized sporadic areas of rarefaction which become clearly diagnosed in the X rays.

There is a group of diseases of gastroenteric origin which have to do with the depletion of the body calcium. Among these quite probably there is the known idiopathic steatorrhea so commonly observed in our children. Whether steatorrhea of infants is a known form of infantile sprue or a clinical entity of Celiac disease, is as yet not specifically determined by the

pediatricians. It is apparently accepted that severe Celiac disease affects the skeleton by producing very marked bony deformities as a consequence of bone softening due to the inhibition of calcium assimilation.

Vitamin deficiencies are responsible for most of the significant and easily understood bone dystrophies. In this group osteomalacia or adult rickets, rickets as such, Celiac disease, known as a form of rickets of gastrointestinal origin, scurvy, are the main diseases of routine practice.

Celiac disease according to Wolff¹ is rarely accompanied by tetany. He seems to classify the disease along with a parathyroid deficiency. Pathologically the parathyroid is normal. In the tropics sprue is a borderline condition in which severe steatorrheas of childhood of chronic nature is a form of Celiac disease. In the latest edition of the Textbook of Medicine² edited by Cecil, Celiac Disease is classified as a form of infantile sprue.

The case I am presenting here is not that of a child. It is that of a woman who was born normally of healthy parents. Approximately when she was seven years old she was taken ill with an obscure prolonged illness which kept her in bed for a long time. She lives in Arecibo. Her past history is vague. Her neighbors and relatives who knew her witnessed to the fact of being a normal child until taken ill with this painful disabling disease of the bones.

* Read at the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 9, 1939.

** Fellow of the Royal Society of Medicine of England. Surgeon - Bayamón District Hospital.

Very gradually she noticed that the bowing of the arms and legs was painful with movement and exercise and these took place despite of the efforts done at the time to prevent her condition growing worse. Apparently some attempt was made to take her to doctors for symptomatic treatment. These gradual changes did not interfere with her usual domestic activities. She married at the age of 18. Almost immediately to her marriage she bore her first child which was a prolonged and difficult labor. The baby was born dead. A second child was born almost a year later and again died at birth. From her first labor she developed a vesico-vaginal fistula which still leaks urine constantly. Some years afterwards around the age of twenty-five she stopped menstruating and has never done it since.



Physical examination reveals a dull, individual with a fair amount of intelligence, rather overweight. She is 58 inches in height. There is a peculiar bowing of the arms and the legs. One could suspect endocrine changes of post-menopausal origin from her freakish heavy build and the difference in growth between the extremities and the body. She came to the out-patient dispensary of the Arecibo Hospital for treatment of her fistula which was her main complaint. I took several X-rays to observe whether her condition was of recent origin or to check her history of a probable juvenile disturbance of osteomalacia

origin, and rule out as well any epiphyseal changes of pituitary origin. These X-rays have been seen by a few British radiologists of international merit. While some expressed the diagnosis of Celiac Rickets others were more precise and classed the disease as a juvenile parathyroid dystrophy. From what I have observed in the literature it is extremely difficult to separate these findings clinically. There are prominent curvatures of the forearms, the thighs and the tibial bones which radiographically reveal their acute angulation most prominently at the shaft of the bones. The curvature of the extremities show convexity outwardly. There is extensive loss of tone in the concave surface of the extremities, particularly in the flexor portion. Teeth are very poor, quite decalcified and brittle with much infection of their gums. The chest was negative. The bones of the skull and the chest appear normal.

This diagnosis is based on various significant radiological findings of long standing feature.

1. Epiphyseal and shaft deformities and the cortical structure of the bone. (Fig. 1 and 2).



Fig. 1

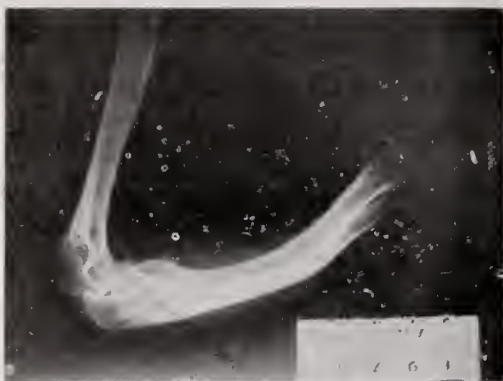


Fig. 2

2. Coxa vara.

3. Transverse lines of growth.

The epiphyseal changes in most of these bones is one of distortion and some degree of rarefaction. Apparently the growth of the bones seem to have been accomplished normally. The deformity of these bones must have been due to an extraneous factor of a chronic nature which dealt with the softening of the bone substance proper and which motivated the bending of the bones at the shaft proper. The cortex is well developed in most of the bones, although in some places at the metaphyseal portions there is a degree of rarefaction with tendency toward cystic changes. (Fig. 3 and 4).

Coxa Vara which is in most cases evidence of secondary disease or softening of the bones as in rickets or osteomalacia, presents here a most extraordinary feature. Ordinarily Coxa Vara whether congenital type or secondary to disease or to trauma or tumor has a lessening of the angle of the neck at the adducting surface of the neck while the lateral surface is straight or normal. In the present case the neck reveals inward curvatures which seem the result of consistent pressure from without. The great trochanter has developed an upward deviation which interferes with the

abduction of the legs of this patient. In the X-ray of the hip the patient has a deformed pelvic outlet. The transverse diameter is longer than normal while the antero posterior diameter is very much reduced. This X-ray of the pelvis rules out the most confusing diagnosis which we encounter in making this study; Osteomalacia. There is a characteristic deformity in the pelvis of the latter. As a result of the softening of the bone there is an intrapelvic protrusion of the bone.

Transverse lines of growth form the most distinct feature of detention of growth at some stage of the developing of bone. In the bones of the left tibia these are numerous. These appear as lamellated transverse calcified lines which become numerous at the metaphyseal portions of the bone and as they drift towards the shaft they become less and sparse. There is a homology between these lines, and the circular rings in the trunks of the trees which are as well their lines of growth. When for some systemic factor, detention of growth takes place in the bone, the epiphyseal line of growth and the metaphyseal line of calcification undergo alterations in metabolism. This line of distal calcification persists. As the bone renews its growth, the line migrates towards the shaft, always remaining as a thin transverse strip which is a valuable permanent sign of the bone having suffered pathological alterations of growth.

The case is interesting for many reasons. It is extremely rare. The confusing set of clinical diseases of the bone for which it could be mistaken is striking, since bone dystrophy is the most difficult subject in Medicine. At the present the Radiologist is the responsible man for the diagnosis of most of these bone anomalies, disregarding in most cases history and clinical findings.

There are diseases which can confuse the



Fig. 3



Fig. 4

diagnosis in the case.

1. Rickets
2. Osteomalacia (adult rickets)
3. Fibrosis Osteitis Cystica.

Rickets as such is very rare in Puerto Rico. Several cases have been reported. One case in 564 children was found to be suffering from rickets. It is a disease of the epiphyses primarily.

Osteomalacia as such has not been reported from Puerto Rico but the tropics do not exclude this possibility. In India the disease is very frequent and the majority of the cases are in adults. Osteomalacia or bone softening as the name implies is very frequent. This condition which is a disturbance of the lack of assimilation of vitamin D is termed adult Rickets. Usually the patients as a result of some unexplained factor in the metabolism fail to utilize vitamin D and softening occurs. In pregnant women this disease is often seen. X-ray findings are quite characteristic in Osteomalacia which differ from our case in

question. As a rule the intrapelvic protrusion of the acetabular portions of the hip bone is one typical finding. Osteomalacia happens to be a nutritional disorder. There is an increased excretion of calcium in the urine.

Fibrosis Osteitis Cystica or Von Recklinghausen's disease of the bone is a disease of adults in most cases and predisposes to fractures of the bone in some cases. Our great confusion would be to expect this clinical condition in the incipient stage of the disease. The X-ray pictures of this disease in this patient are certainly not a graphic sequelae of the typical cystic changes in the bone of Hyperparathyroidism or Fibrosis Osteitis Cystica. One wonders if the symptomatology of this patient which is actually vague commenced as a parathyroid dysfunction or a hyperparathyroidism.

Celiac disease is quite common in Puerto Rico. From a dietary standpoint we know from our own School of Tropical Me-

dicine that the nutritional value of our jibaro diet is very deficient in Calcium Phosphorus and Vitamins.

The case presented here is a rare clinical condition of some unknown nutritional factor and of a parathyroid deficiency.

BIBLIOGRAPHY

1. *Wolf*: Endocrinology. Second Edition (W. B. Saunders).
2. *Cecil Textbook of Medicine*: (Fourth Edition) (W. B. Saunders).
3. *Cook, D. H.*: School of Tropical Medicine of P. Rico. Report 1938. pp. 17-18.
4. *Martha Elliott and Parks*: Brennenman's Practice of Pediatrics. Vol. I Chapter XXXVI.

Trauma cannot cause tuberculosis. Tubercle bacillus infection of the lung must be present to cause the disease. Trauma, along with other factors, may then influence the course that the disease follows. —C. E. Hamilton, M. D., N. Y. State Med. Jour., Mar., 1940.

While stomach lavage is not practical or even necessary for universal use, no patient with clinical signs of tuberculosis who has negative saliva should be considered negative for the disease until stomach lavage has yielded negative results. The absence of tubercle bacilli in only one stomach washing does not necessarily signify that the disease is arrested, especially when the collapsed lung is reexpanding. A. Stadnichenko, M. D., et al, Jour. of Amer. Med. Assn., Feb. 1940.

The modern concept of diagnosis of pulmonary tuberculosis implies a decision as to whether or not the patient has a pulmon-

ary tuberculous lesion; whether the lesion is healed, inactive, or active and an attempt to determine to what phase the lesion belongs, whether primary or in the stage of dissemination. Even the total absence of physical signs does not exclude the presence of a tuberculous lesion, healed or active. Advanced disease may be diagnosed by physical examinations but they cannot be relied upon for the diagnosis of progressive early disease. P. O. Kayne, M. D., Pulmon. Tuber., Oxford Med. Publication, 1939.

Protection of the staff from tuberculosis in the general hospital is simple but hard to initiate. Since 2% of hospital patients are involved, exposure should be located promptly. Careful initial examination of all patients admitted, with routine tuberculin tests followed by an X-ray of all positives is recommended. W. H. Oatway, M. D., Hosp. Management, Oct. 1939.

ATELECTASIA PULMONAR *

LUIS A. PASSALACQUA, M. D.

Ponce, P. R.

La atelectasia o colapso del pulmón consiste en la falta de aire en los alvéolos de una región determinada del pulmón. Esta condición no era desconocida por los antiguos autores, los cuales, sin embargo, la confundían mucho con la pulmonía. Fué Louis, quien en 1828, hizo una descripción bastante clara de áreas atelectáticas en los pulmones de niños que murieron de fiebre tifoidea. Jorg, en 1832, describió también una condición similar en el feto muerto.

Los prácticos de fines del siglo pasado reconocieron esta enfermedad clínicamente, haciendo en sus obras ya la clasificación en tres tipos:

1. La atelectasia congénita, que es normal en el feto.

2. La atelectasia por compresión, como sucede a consecuencia del neumotórax, tumores mediastínicos, derrames pleuríticos o en el pericardio, dilataciones del corazón y aséptis.

3. La atelectasia por obstrucción.

La atelectasia era considerada de antaño como consecutiva a la bronquitis capilar o a la bronconeumonía y era producida por acúmulo de mucosidades o exudados.

William Pasteur en el año 1890, llamó la atención sobre el colapso masivo del pulmón como una entidad separada y escribió mucho sobre ello. Hasta el año 1914, sus primeros casos fueron observados en niños con parálisis diftéricas del diafragma, pero últimamente (en el 1914) llegó a publicar varias observaciones en enfermos que habían sido operados.

Durante la Guerra Europea se observó la

condición con mucha frecuencia en los traumatismos torácicos; no solamente en los heridos de bala sino también en heridas no penetrantes del pecho y en las contusiones.

En los últimos quince años ha aumentado el interés en esta condición y se encuentran muchas referencias en la literatura médica.

Hay varios puntos que son de especial interés en el estudio de este estado y que actualmente están sobre el tapete. En primer término está la frecuencia con que ocurre la enfermedad, que no se conoce bien porque no hay estadísticas que nos la digan de una manera cierta. Algunos autores la reportan desde un .1% a un 15 o 20% de los operados. En el hospital general de Cincinnati, se informan alrededor de 35 casos todos los años.

Como esta condición es muchas veces evitable siguiendo el tratamiento profiláctico conocido ya de todos (el uso de ácido carbónico y oxígeno para ensanchar los pulmones después de una operación, soluciones intravenosas hipertónicas, los tratamientos posturales, los estimulantes respiratorios, etc.) la condición no se presenta con tanta frecuencia como cuando no se instituye dicho tratamiento.

Nosotros aplicamos el tratamiento profiláctico rutinariamente a nuestros operados durante los primeros dos o tres días después de la operación y la atelectasia pulmonar masiva es tan sumamente rara que solamente hemos observado un caso.

Otro punto de interés es la causa de esta atelectasia post-operatoria. La mayoría de los autores están conformes en que se debe a una obstrucción de los bronquios, pero

* Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, Noviembre 5, 1939.

todavía no se sabe qué causa esa obstrucción y dónde es que ocurre la misma.

Ya en el año 1856, Mendehlson hizo varias pruebas y pudo conseguir una ateleectasia obstruyendo un bronquio por medio de una ligadura. Más tarde Lichtheim obtuvo igual resultado introduciendo cuerpos extraños en los bronquios. Coryllos y Birnbaum confirmaron estos experimentos y comprobaron que el aire desaparecía de los alvéolos de la región del pulmón correspondiente al bronquio obliterado porque era absorbido por la sangre que circulaba por los capilares perialveolares.

La deposición de mucosidades glutinosas en los bronquios, favorece la ateleectasia, pero como en las pocas autopsias que se han podido hacer en los enfermos que han muerto de ateleectasia no se ha encontrado ninguna obstrucción de los bronquios, a pesar de que este ha sido un hallazgo también bronceoscópico, siempre ha quedado una especie de duda que impide que esta hipótesis sea aceptada incondicionalmente.

Por eso otros autores piensan que puede haber algún elemento alérgico o neurogénico, como un edema angioneurótico, una parálisis por inhibición de los reflejos respiratorios, o, como suponían los antiguos autores, por el atascamiento de exudados catarrales.

Otro punto de mucho interés actual es el diagnóstico clínico, la interpretación de los signos físicos, y de las sombras radiológicas.

Cuando la ateleectasia envuelve todo el pulmón en un lado, el diagnóstico no es tan difícil porque a los síntomas de dolor, disnea y taquicardia, se une matidez a la percusión, la retracción y fijación de ese lado del tórax y la desviación del ápice del corazón hacia el lado afectado y si se toma una radiografía en esos momentos, se notará que hay una elevación del diafragma en ese lado, una disminución de los espacios

intercostales y la desviación del corazón hacia el lado afectado; pero cuando la ateleectasia afecta solamente un lóbulo del pulmón o pequeñas regiones diseminadas, estos signos disminuyen y a veces es difícil reconocerlos.

Las sombras radio-opacas descritas muchas veces como base del diagnóstico radiológico, no son características de esta afección porque es muy poca la diferencia radiológica que presenta el parénquima pulmonar ateleectático del normal, como puede apreciarse claramente en las radiografías hechas de los pulmones colapsados por el neumotórax artificial y por la frenicotomía, etc.

Las sombras que aparecen en los pulmones ateleectáticos son producidas por filtraciones celulares y congestión parenquimatosa que rápidamente invaden la región afectada y complican el cuadro clínico causando fiebre y hasta expectoración sanguinolenta.

La ateleectasia pulmonar, sin estas complicaciones, no daría ningún signo radiológico del pulmón, propiamente dicho, que hiciera este medio diagnóstico radiológico más eficaz.

El primer caso que vamos a presentar hoy, vino a la clínica con un absceso pulmonar. Después que la fiebre iba cediendo y su estado general mejoraba, fué súbitamente atacado de un fuerte dolor en el costado derecho. Una radiografía tomada en ese instante, demostró una marcada elevación del diafragma. A los pocos días la fiebre subió rápidamente y al ser observado en el fluoroscopio, se pudo apreciar la acumulación de líquido en la cavidad pleural. Este líquido se volvió purulento, siendo necesario una toracotomía con resección costal.

El segundo caso, diez días después de operado, sufrió un fuerte dolor en el lado derecho con disnea y marcada intranquilidad.

dad. Una radiografía tomada en esta ocasión, demostró únicamente elevación del diafragma. Dos días después tuvo un acceso de tos con expectoración sanguínea y al ser radiografiado de nuevo, apareció una sombra hacia la periferia del lóbulo inferior derecho y más tarde una tercera radiografía, demostró el crecimiento de esta sombra hasta cubrir toda la región del lóbulo inferior derecho. Se hizo una pun-

ción exploratoria para ver si había líquido en la cavidad pleurítica, pero no se encontró ninguno. Quince días más tarde, sólo se podía apreciar en la radiografía, una pequeña sombra central.

Este caso demuestra la rapidez con que pueden aparecer los cambios secundarios congestivos del parénquima pulmonar después de una atelectasia.

Tuberculosis in the Aged—It is known that when old people are found to have tuberculosis it is almost impossible to teach them to take care of themselves and protect others from infection. They will not cover their mouths during a cough or sneeze, nor will they try to protect or destroy their sputum. Their idea is that they have lived all these years with this old cough, it will not hurt them and they do not see how they can hurt anyone else. Elderly people with a chronic cough and positive sputum are a menace to society and should be isolated. C. L. Harrell, M. D., Virginia Med. Monthly, Nov. 1939.

The early symptoms of renal tuberculosis are not appreciated, and genito-urinary tu-

berculosis is regarded as a disease by itself and not as a manifestation of a generalized tuberculous condition. As a result, adequate convalescence and expert after-care are not insisted upon. Sanatorium treatment and continued supervision after operation or local treatment will favorably influence the general prognosis. J. Carver, M. D., Tubercle, Apr., 1939.

Chronic non-specific pulmonary disease is complex and confusing both clinically and anatomically. An increase in the density of the pulmonary markings, ring shadows, the displacement of organs or chronic pneumonia should arouse the suspicion of bronchiectasis. Paul Andrus, M. D., Amer. Rev. of Tuber., Jan., 1940.

RELACION DEL PROCESO VISUAL CON LA LECTURA*

RICARDO F. FERNANDEZ, M. D.

San Juan, P. R.

El ojo humano es una cámara viviente de retratar. Tiene su diafragma, lente y película sensitiva. El diafragma trabaja automáticamente. Su lente es algo defectuoso y debido al astigmatismo de éste vemos las estrellas con puntas, siendo esféricas. Una estrella retratada con una buena cámara, sale como un pequeño disco. Los lentes corregidos (anastigmáticos) de las máquinas de retratar son mejores que los nuestros en este sentido, pero tienen foco fijo mientras que el de los ojos es automáticamente enfocable hasta los 40 o 45 años de edad. La membrana receptiva del ojo, o sea, la retina, supera por mucho a todas las películas de retratar y hace de éste el aparato más sensible conocido por el hombre.¹ Puede leer el periódico a la luz de una luna llena y puede hacerlo también a la luz del sol meridiano, siendo esta última 465,000 veces más fuerte que la primera. Más aún, nuestro ojo puede distinguir el reflejo de un papel blanco, de la luz de una vela, colocada ésta a 1,000 pies de distancia. Esto determina una diferencia de 20,000,000 con la luz del sol meridiano.

El ojo humano fué primitivamente creado para un hombre que vivía al aire libre y se dedicaba a la caza, a la pesca y a la pelea. Para defenderse mejor de la naturaleza, el hombre se puso bajo cubierta, se metió en cuevas, fabricó su albergue, y se dedicó a usar los ojos más de cerca que de lejos. El cuidarse de las inclemencias de la naturaleza, trajo sus ventajas, pero también desventajas, una de éstas últimas, el

aumento de cambios patológicos en el sentido de la vista.

El mecanismo del aparato visual es complicado. Cada ojo forma una imagen del objeto que se mira y en el cerebro se funden en una. Para que esto así suceda, ambos ojos tienen que dirigir su eje visual al punto que se mira, para lo cual se pone en función un juego de seis músculos voluntarios que mueven el globo ocular en las distintas direcciones. Además el ojo adapta su lente para la distancia del objeto que se mira, mediante la función llamada de acomodación, para lo cual se usa un músculo involuntario que reside dentro del ojo. Como para acomodar tiene uno que mirar a un objeto más o menos cerca, utilizando los músculos extrínsecos del globo ocular, la acomodación y la convergencia de los ojos son funciones asociadas. El poder acomodativo del ojo está en su fuerte a la edad de 10 años (equivale a 15 dioptrías); después de esta edad comienza a disminuir paulatinamente hasta la edad de 40 años, después de la cual su disminución es más rápida, conociéndose este período con el nombre de presbicia.

Al nacer, el ojo no está completamente desarrollado. En cuanto a la edad a que éste llega a su completo desarrollo, hay variación de opiniones. Ida Man² autoridad en embriología ocular opina que el ojo llega a su completo desarrollo del So. al 3o. año de niñez. Todo niño al nacer es hipermetrope, su globo ocular es chato. En los años siguientes el diámetro anteroposterior del ojo va aumentando, acercándose más y más a la esfericidad. Algunos de estos ojos siguen alargándose, adquiriendo

* Conferencia dictada ante el "Círculo de Supervisión y Administración Escolar", en el Salón de Actos de la Universidad de Puerto Rico, el 8 de marzo de 1940.

una forma de limón, lo que constituye el ojo miope. Las causas de la miopía han sido muy discutidas y todavía nos falta por saber más sobre ella. Por lo menos al presente sabemos que las personas con miopía alta han nacido con una deficiencia congénita de su globo ocular que determina esta malformación del globo durante los primeros años de la infancia. Sabemos también que el uso indebido del ojo a temprana edad es, si no la causa esencial de la miopía, un factor importante en su desarrollo. La posición incorrecta al leer es otra de las causas de la miopía de acuerdo con la teoría de que esta enfermedad se produce por gravitación cuando el niño se acostumbra a leer con la cabeza hacia abajo.³ Hay también defectos congénitos de las órbitas, la posición y formación de los músculos del ojo, etc., que incapacitan al niño desde temprana edad. Por estas razones se debería tener en cuenta la edad en que comienza el niño a fijar la vista prolongadamente a corta distancia.

Ha sido la costumbre de los educadores por mucho tiempo considerar al niño apto para aprender a leer a los 6 años y es cierto que la mayoría de éstos pueden aprender sin dificultad a pesar de que sus ojos aún no están bien desarrollados. Teniendo en cuenta que los métodos modernos de enseñanza de la lectura por frases y oraciones enteras requieren toda la atención visual y mental del niño, es fácil comprender que aún pequeños defectos en los ojos adquieren mayor importancia.⁴ Por estas razones se hace más necesario que a todo niño al ingresar en la escuela se le haga por lo menos una prueba de visión y todos aquellos que se encuentren deficientes, sean examinados por un oculista. Es un hecho establecido que muy pocos niños de 6 años pueden alcanzar una agudeza visual de 100% debido a su escaso poder de discernimiento y a la insuficiente coordinación

de los músculos oculares.⁵ Entre los que aparentemente tienen buena visión habrá además un cierto número que después de unos meses de enseñanza se notarán atrasados y éstos deben también ser examinados por el oculista para determinar si su deficiencia se debe a defectos visuales. Todos aquellos niños que tengan ojos defectuosos deben ser enseñados en grupos separados y por métodos que estén al alcance de su capacidad visual.

Una de las maneras más eficaces que conocemos para conservar la vista de aquellos niños que tienen defectos oculares es mediante el uso de espejuelos adecuados. Algunos padres se oponen tenazmente a que sus niños usen espejuelos expresando su temor de que una vez que comiencen a usarlos no podrán dejarlos nunca. Desechar en esta forma la ayuda que la ciencia provee en estos casos es tan absurdo como oponerse a que un cojo use muletas. ¿Por qué no han de usarse espejuelos, si éstos han de mejorar la visión del niño y ayudar a conservársela, a la par de evitarle innumerables molestias y sufrimientos. El uso de cristales propios en la niñez no sólo ha salvado la visión de muchos niños, sino que además les ha librado de muchas afecciones oculares que más tarde pudieron sobrevenirles, si no hubiesen tenido la ayuda de éstos.

Lo ideal para proteger los ojos sería no enseñarle al niño nada que requiera la fijación prolongada de la mirada a corta distancia ni en la casa ni en la escuela antes de los 7 años; de los 8 a los 9 años, instrucción de tal manera que el niño use la visión por períodos más prolongados en la escuela, donde está rodeado de todas las condiciones óptimas para el buen funcionamiento del aparato visual. De los 9 años en adelante ya el niño habrá aprendido suficientemente en la escuela para saber como usar los ojos debidamente y entonces se le

puede dar estndio para la casa.

En todas las esenelas primarias debe haber un sistema organizado de salud ocular.⁶ Este debe incluir la provisión de buena luz, pupitres y asientos adecuados, la propia localización de éstos y de las pizarras, libros con tipos grandes y fáciles de leer, examen periódico de la visión de los niños, etc.

La provisión de iluminación adecuada en los salones de clases es primordialmente un problema para ser resuelto por los ingenieros, pero las autoridades escolares y los maestros podrían ayudar grandemente a remediar los defectos existentes en edificios ya construídos, teniendo algunos conocimientos básicos sobre la cantidad de luz necesaria, la reflexión de luz por los diferentes colores en las paredes. Todos estos pormenores han sido estudiados por la "Asociación Nacional para la Prevención de la Ceguedad" y publicados en su Boletín No. 143.

Usando un medidor de iluminación, que es un aparato de poco costo, se puede determinar fácilmente si la luz en el salón de clase alcanza el minimum necesario, y si se encontrare deficiente podría corregirse pintando las paredes con colores que reflejen mayor cantidad de luz, o agregándole iluminación artificial.

A continuación damos la proporción de reflexión de luz de diferentes colores, según aparece en el citado Boletín:

Blanco (nuevo) — —	82 a 89	por ciento
Blanco (viejo) — —	75 a 85	"
Crema — — — —	62 a 80	"
Marfil — — — — —	73 a 78	"
Gris — — — — —	17 a 63	"
Verde Claro — — —	48 a 74	"
Verde oseuro — — —	11 a 25	"
Azul claro — — — —	34 a 61	"
Rosa — — — — —	36 a 72	"
Rojo oseuro — — —	13 a 30	"

Amarillo — — — —	61 a 75	"
Barniz transparente —	42 a 49	"

La visibilidad de caracteres escritos en diferentes colores es otro punto de importancia. Si se utilizaran debidamente los conocimientos que hay sobre esta materia, se estaría usando tiza amarilla en lugar de la blanca, pues sobre la pizarra negra, el color más visible es el amarillo.

A continuación insertamos la tabla de legibilidad de diferentes colores tomada del libro de William J. Miskella, "PRACTICAL COLOR SIMPLIFIED":⁷

ORDEN	CARACTERES	FONDO
1 — — — —	Negro	Amarillo
2 — — — —	Verde	Blanco
3 — — — —	Rojo	Blanco
4 — — — —	Azul	Blanco
5 — — — —	Blanco	Azul
6 — — — —	Negro	Blanco
7 — — — —	Amarillo	Negro
8 — — — —	Amarillo	Rojo
9 — — — —	Blanco	Verde
10 — — — —	Blanco	Negro
11 — — — —	Rojo	Amarillo
12 — — — —	Verde	Rojo
13 — — — —	Rojo	Verde

El tamaño de las letras usadas en los libros debe ser aproximadamente 1/3 de pulgada para niños menores de 7 años, pudiendo éstos ser reducidos gradualmente de acuerdo con la edad del niño hasta 1/7 de pulgada de 12 años en adelante.

Tabla demostrativa de los tipos recomendados para libros escolares por la Asociación Nacional para la Prevención de la Ceguedad:

EDAD	TAMAÑO DEL TIPO
Menores de 7 años — —	1/3 de pulgada
7 a 8 años — — — —	1/4 " "
8 a 9 años — — — —	1/5 " "

9 a 12 años — — — — 1/6 " "

Mayores de 12 años — 1/7 " "

Para medir con exactitud la eficiencia en la lectura, la American Optical Co. ha perfeccionado un aparato llamado "Ophthalm-O-Graph", por medio del cual pueden fotografiarse los movimientos de los ojos durante el proceso de leer, pudiéndose medir de esta manera la rapidez y la eficiencia en la lectura, así como también diagnosticarse los defectos.⁸ Esta misma casa ha diseñado otro aparato llamado "Metron-O-Scope" para enseñar a leer correctamente. Este aparato es utilizado en muchas escuelas en Estados Unidos y va adquiriendo mayor auge, especialmente para la instrucción de aquellos niños que tienen dificultad en aprender por los métodos corrientes. Este aparato tiene tres ventanillas, en las cuales

aparecen en sucesión sincronizada de izquierda a derecha, figuras, palabras o números, y trabaja automáticamente, pudiéndose graduar la velocidad de acuerdo con la edad e inteligencia de los niños. Tiene además la gran ventaja de que siendo automático, su funcionamiento, el maestro queda libre para poder dedicar su atención a observar los defectos en la posición de los niños, en los movimientos de los labios y pronunciación de éstos.

Nadie duda que el máspreciado de los sentidos es la vista. Alrededor de 83% de los conocimientos del hombre son adquiridos por medio de este sentido. A cada uno de nosotros la naturaleza ha provisto de un par de ojos y nos deben durar toda la vida. Siendo tan preciados, ¿cómo no hemos de interesarnos en conservarlos?

BIBLIOGRAFIA

1. *C. Sheard*: "Life-Giving Light".
2. *Ida Man*: "Development of the Human Eye".
3. *Henderson and Rowell*: "Good Eyes for Life."
4. *Berner*: "Reading Difficulties in Children", *American Journal of Ophthalmology*, Vol. 20, Page 930.
5. *Adler*: "Clinical Physiology of the Eye", Page 123.
6. *Smith*: "Bulletin No. 143 of the National Society for the Prevention of Blindness".
7. *Miskella*: "Practical Color Simplified".
8. "Reading in the Classroom, Teaching Diagnostic and Corrective Techniques" — Pub. by the American Optical Co.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII ABRIL, 1940 Número 4

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reunión del mes:

El día 13 del eursante mes celebró su reunión ordinaria mensual la directiva de nuestra Asociación, conjuntamente con miembros de los comités de Biblioteca y Medicina y Cirugía Industrial.

Estuvieron presentes en esta reunión los siguientes compañeros:

Dr. Osear Costa Mandry

Dr. David E. García

Dra. Dolores M. Piñero

Dr. E. Martínez Rivera

Dr. Mario C. Fernández

Dr. Manuel A. Astor

Entre otros asuntos, se discutió en esta reunión sobre la organización de la biblioteca de la Asociación, a fin de ponerla en condiciones de poder ser de utilidad a los compañeros asociados, y sobre la organización en los periódicos del país de una campaña educativa en cuanto a los pasos a seguir por el público en casos de accidentes,

Asociaciones de Distrito:

SAN JUAN

En la noche del 19 de los eursantes celebróse en el edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, que preside nuestro estimado compañero, el Dr. Luis M. Morales, una instructiva conferencia sobre "*La Quimioterapia en las Pulmonías*".

Tuvo a su cargo el desarrollo de tan interesante tema, el Dr. K. B. Turner, miembro de la facultad del "College of Physicians and Surgeons" de la Universidad de Columbia, y un internista de reconocidos méritos, actualmente de visita en nuestra Isla.

A las muchas felicitaciones que recibiera el Dr. Turner por su magistral conferencia deseamos unir la nuestra, haciéndola extensiva a nuestro amigo, el Dr. Morales, quien siempre está alerta para brindarnos a los miembros de la Asociación Médica del Distrito de San Juan la oportunidad de oír a los distinguidos colegas del Norte que visitan nuestra capital.

El compañero Morales nos ha mostrado el programa de conferencias que ha confeccionado para los próximos meses, y esperamos que el mismo pueda desarrollarse tal como ha sido planeado, para beneficio de todos los miembros de nuestra Asociación.

HUMACAO

La primera asamblea científica del año se celebrará en la ciudad de Humacao, en el salón de actos de la Alta Escuela, a las 9:00 de la mañana del día 5 de mayo próximo.

El programa que se está confeccionando es en extremo interesante. Tomarán

parte el Dr. Charles M. Carpenter, de la Universidad de Rochester, y la Dra. Dodge, del Departamento de Sanidad del Estado de Alabama. Además se presentarán otros trabajos de interés para la profesión.

La presidencia de la Asociación Médica de Puerto Rico suplica a todos los compañeros que brinden su cooperación a este acto que prepara la Asociación Médica del Distrito de Humacao. A los compañeros del distrito de Humacao, reitera su deseo de que asistan a esta asamblea, para que después de la misma se proceda a la elección de la directiva para el próximo año y los delegados a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico.

MAYAGUEZ

El día 7 del cursante mes se llevó a efecto en la ciudad de Mayagüez, la reunión anual de la Asociación Médica de dicho distrito, con el propósito de elegir a los nuevos directores, recayendo la elección en los siguientes compañeros:

Presidente — Dr. Domingo Nochera
Vice-Pres. — Dr. Nicolás Sanabria
Secretario — Dr. Nelson Perea
Tesorero — Dr. A. Pérez Toledo
Delegados — Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. Laureano Trelles

Entre otros acuerdos, se tomó el de celebrar la asamblea anual científica en la ciudad de Yauco, el 7 de julio próximo, nombrándose un comité compuesto por los doctores Sanabria, Nochera y Perea para la organización de dicho acto.

AGUADILLA

También celebráronse elecciones durante el transcurso del presente mes en el distrito de Aguadilla, siendo electos los siguientes compañeros:

Presidente — Dr. Gregorio Igartúa
Secretario — Dr. Francisco Márquez
Delegado — Dr. Néstor Cardona Quiñones

Dr. C. E. Muñoz MacCormick:

Con el propósito de cursar estudios avanzados en su especialidad de otorrinolaringología en la Universidad de Harvard, embarcó hacia el Norte a fines del pasado mes, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas, presidente del Comité Científico de nuestra Asociación.

El Dr. Muñoz MacCormick se propone aprovechar su estadía en los Estados Unidos para invitar a distinguidos hombres de ciencia a visitar nuestra isla durante el próximo mes de diciembre y a participar en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Deseamos al querido amigo un lisonjero éxito en sus estudios y en las gestiones que se propone realizar en favor de nuestra Asociación.

Dr. Ramón M. Suárez:

Desde la ciudad de Cleveland, a donde fué con el propósito de asistir al Congreso Anual del Colegio Americano de Médicos, nos envía atento saludo nuestro querido amigo y compañero, el Dr. Ramón M. Suárez, saludo que deseamos recíprocar por medio de estas líneas.

Dr. José I. de Guzmán Soto:

Con el propósito de someterse a trata-

miento médico embarcó hacia el Norte a principios del cursante mes, el querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Sinceramente deseamos que el tratamiento a que habrá de ser sometido el compañero Guzmán Soto sea un verdadero éxito y que regrese al país completamente libre de toda dolencia.

Dr. M. Rodríguez Cancio:

Se encuentra recluso en la Clínica Pereira Leal desde principios del presente mes, el querido amigo Dr. M. Rodríguez Cancio, de San Sebastián, como consecuencia de la fractura del cuello del fémur de la pierna derecha.

En el momento en que redactamos esta nota, el distinguido amigo se encuentra bastante bien de su condición, y al expresar nuestro regocijo por ello, hacemos votos sinceros por su más pronto y total restablecimiento.

Dr. Manuel Galigarcía:

Durante los días 30 y 31 de marzo el Dr. Manuel Galigarcía, neuropsiquiatra de la república hermana de Cuba, visitó nuestra Isla como representante del Club Rotario Internacional para asistir a la primera reunión del Distrito Rotario de Puerto Rico.

Durante su corta estadía en San Juan, el Dr. Galigarcía fué atendido por nuestro presidente, el Dr. Costa Mandry, quien le mostró diversas actividades médicas de nuestro país. El Dr. Galigarcía quedó muy bien impresionado de su visita a nuestra isla y de los progresos médicos, tanto en su rama de neuropsiquiatría como en las demás ramas de la medicina.

Dr. Charles M. Carpenter:

Se encuentra en nuestra isla nuevamente

el Dr. Charles M. Carpenter, Profesor Asociado de Bacteriología e Higiene de la Universidad de Rochester, en Nueva York.

El Dr. Carpenter ha venido a nuestra isla por un período de cinco semanas, correspondiendo a una invitación especial del Hon. Comisionado de Sanidad, para ayudar en la organización del trabajo sobre diagnóstico y control de la gonorrea que habrá de iniciar el Departamento de Sanidad como parte de su programa.

Deseamos al distinguido colega, por medio de estas líneas, una grata estadía en nuestro país.

Nuevos Socios:

Ultimamente han sido admitidos al seno de nuestra Asociación los siguientes compañeros:

Dr. Manuel Garrido Morales, San Juan
Dr. Elwood M. Bond, Santuree
Dr. Manuel A. Frías Giraud, Cataño
Dr. Hilton L. López, Guayama

Para todos, nuestra más cordial bienvenida.

Dra. Eva Francette Dodge:

El 15 de los corrientes llegó a nuestra capital la Dra. Eva Francette Dodge, del Staff del Departamento de Sanidad del Estado de Alabama, y quien viene a Puerto Rico a cooperar en la organización del trabajo de salud maternal que habrá de realizar en nuestra isla el Departamento de Sanidad con los fondos que le han sido recientemente asignados por el Gobierno Federal.

Deseamos a tan distinguida compañera muy gratas impresiones durante su permanencia en nuestro país.

TIN-TABS (COLE)

En el tratamiento de las LESIONES ESTAFILOCOCCICAS DE LA PIEL

Tin Tabs (óxido de zinc, 1/3 gr.; zinc metálico, 1 4/5 gr.; amilum, 1gr.; sucrosa, 1 gr.) ha sido empleado con éxito en el tratamiento no-quirúrgico de las lesiones estafilocócicas de la piel. Su administración tiende a aumentar la resistencia hacia los Estafilococos, produciendo así la rápida desaparición de las manifestaciones de la infección. Por lo regular las lesiones disminuyen en tamaño, desaparece el dolor y la reabsorción se produce prontamente. Frecuentemente se evita la supuración con el uso temprano de Tin-Tabs (Cole), y por lo general no es necesario recurrir a la incisión. Los Tin Tabs (Cole) son usados en el tratamiento de furúnculos, carbunclos y orzuelos. Cuando el caso lo indique, conjuntamente con Tin Tabs podrán usarse compresas calientes.

Gustosamente enviaremos literatura descriptiva a solicitud.

COLE CHEMICAL CO.

ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

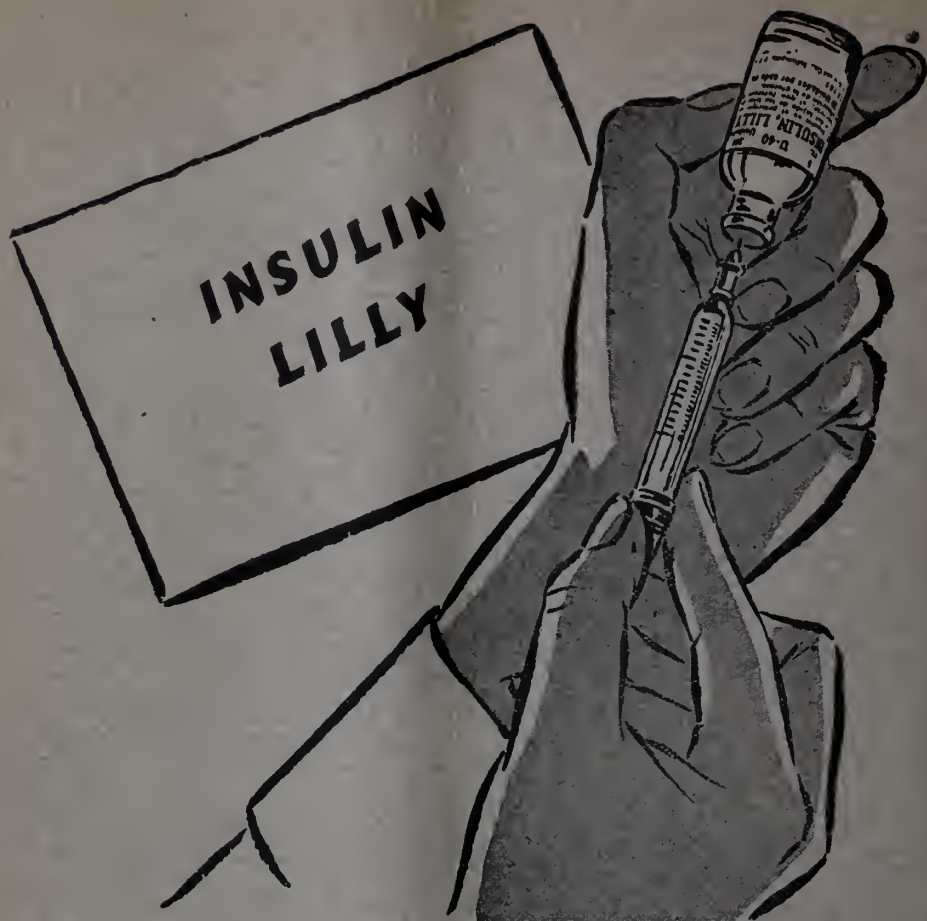
Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1017 - San Juan, P. R.

INSIGNIAS DE MEDICO

Nuevamente tenemos en existencia las insignias para automóviles. Estos nuevos emblemas tienen el nombre de nuestra Asociación en español, y se venden al precio de \$2.50 cada uno.

Los compañeros asociados podrán obtenerlas en el edificio de la Asociación o por correo mediante el envío del importe de su orden.



ESTE producto es altamente purificado y refinado y está desprovisto especialmente de proteínas reaccionarias. Insulin Lilly se ensaya con toda exactitud y su acción es uniforme.

Ha sido la política Lilly compartir con sus clientes el beneficio

de las economías derivadas de una producción en grande escala y, como resultado de ello, el Insulin Lilly puede hoy día comprarse a precios que representan sólo una pequeña fracción de su costo cuando se introdujo por primera vez a la profesión médica.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

110 JUN 1940

Número 3

Año XXXII

MAYO, 1940.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



Página

Glaucoma

Etiología, Diagnóstico y tratamiento del Glaucoma,
Ricardo F. Fernández, M. D., San Juan, P. R. 149

Tratamiento quirúrgico del Glaucoma, Luis J. Fernán-
dez, M. D., San Juan, P. R. 154

The Os- Acromiale — Its Importance to the Roentgenologist
and Industrial Surgeon, Antonio Mayoral, M. D., New
Orleans, La. 158

Dificultades que debe sortear el Trabajador Social en Puer-
to Rico, O. Costa Mandry, M. D., Santurce, P. R. 161

Cómo evitar el Cáncer del Utero, Jenaro Suárez, M. D., San-
turce, P. R. 166

Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for
the Fiscal Year ending June 30, 1939..... 169

Noticias Médico-Sociales 181

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

L A S A

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

F O R M U L A

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c.c.
Jarabe savia de pino	50 c.c.
Jarabe bálsamo tolú	60 c.c.
Glefina	150 c.c.

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

DRENOBIL

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

Distribuidor Exclusivo:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.



The Unseen Quality of

DEXTRI-MALTOSE

DEXTRI-MALTOSE is no ordinary carbohydrate. Step by step, its manufacture is surrounded with every care and precaution, evolved through long years of experience and research. Unseen by physician and patient are numerous safety factors, the practical effect of which nevertheless is present in every package of Dextri-Maltose. To name a few of these:

1. Dextri-Maltose is sampled for bacteriological testing before drying.
2. Steam at 20 pounds pressure sterilizes Dextri-Maltose filter presses which remove proteins, fat, and indigestible residue.
3. Blood agar tests are made to insure absence of hemolytic cocci.
4. Dextri-Maltose containers are paper-wrapped to prevent the cans from accumulating dust.
5. Bacteriological tests are made in a steam-washed plating room, the air of which is filtered.
6. Dextri-Maltose containers are automatically filled and closed without human handling of the product.
7. The direct microscopic test which Dextri-Maltose receives is but one kind of 6 microbiological tests which it must routinely meet.
8. The interiors of the large converters in which Dextri-Maltose is processed are thoroughly scrubbed prior to steam sterilization.
9. Steaming under 20 pounds pressure sterilizes the converters for processing Dextri-Maltose.
10. After being packaged, Dextri-Maltose is held in storage and released only after final approval from the bacteriological checking laboratory.
11. Portable equipment used in manufacturing Dextri-Maltose is sterilized in autoclaves at 20 pounds live steam pressure for 20 minutes.
12. Dextri-Maltose is tested routinely to check the keeping quality of prepared feedings held in refrigeration for 24 hours.

It is, therefore, no mere coincidence that Dextri-Maltose enjoys greater pediatric acceptance today than ever before. By constant research and everlasting watchfulness, we try to keep pace with pediatric progress, and we put forth every human effort to merit the continued respect and confidence of the medical profession.

The True Measure of Economy Is Value

MEAD JOHNSON & CO., Evansville, Ind., U.S.A.
P. O. Box No. 3081 — San Juan, P. R.



COMO MEDIR EXACTAMENTE MILESIMOS DE MILIMETRO

Para quien no esté familiarizado con esta clase de trabajo, es difícil visualizar una medida tan pequeña como 0.00254 mm.; sin embargo en muchas industrias la calidad del producto depende de la observación de estas distancias diminutas. El Proyector de Contornos de Bausch & Lomb se usa para verificar estas medidas, empleando los principios de proyección óptica.

Bausch & Lomb ha venido desarrollando continuamente instrumentos de tan alta precisión y por mas de 80 años ha dedicado sus facilidades y experiencia al servicio de la ciencia y de la industria.

Muchos problemas ópticos confrontan hoy al hombre de ciencia. Para encontrarles solución ofrecemos nuestros servicios, construyendo los instrumentos ópticos más finos y colocándolos a su alcance a nuestros precios equitativos tradicionales. Cualquier petición referente a la aplicación de la óptica en la ciencia, educación e industria, recibirá nuestra más cuidadosa atención.

Agentes: H. V. GROSCH CO.
Calle Comercio Núm. 21
San Juan, P. R.

BAUSCH & LOMB OPTICAL CO.
ROCHESTER, N. Y. U. S. A.

Bausch & Lomb

En la Alimentación Infantil
**LO QUE CUENTA ES
EL RESULTADO**

POR ESO, EL MEDICO DE BUEN CRITERIO
RECOMIENDA S. M. A.

S. M. A. se asemeja a la leche materna—
química y físicamente. Los resultados
nutritivos obtenidos en niños alimentados
con S. M. A.—crecimiento normal, aumento
normal de peso, plenitud de los tejidos,
configuración ósea y hasta las características
de los excrementos—son tan parecidos a los
que se obtienen con la alimentación con el
pecho que a veces hasta pediatras con mucha
experiencia no los pueden distinguir.

Recete S. M. A.

Para Tener Niños Sanos y Felices

S. M. A. CORPORATION
CHICAGO, ILLINOIS, E. U. A.

Agentes de Exportación

JOHN WYETH & BROTHER, INC.

PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA, E. U. A.

CHICAGO, ILLINOIS SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

601 O. ROSE STREET, SAN JUAN, PUERTO RICO

Impreso en E. U. A.

SIMPLIFIQUE SUS PROBLEMAS DE ALIMENTACION INFANTIL USANDO

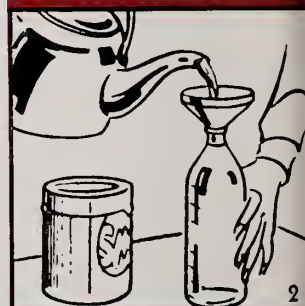
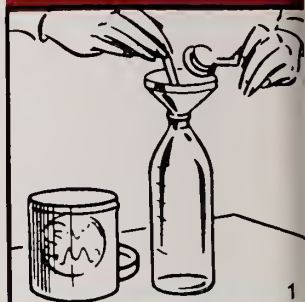
S.M.A.

Tres pasos—tan sencillos que cualquier madre puede seguir sus instrucciones fácilmente—es todo lo necesario para preparar S. M. A.

- 1 Se mide el polvo S. M. A. y se introduce en el biberón (dentro de cada lata de S. M. A. hay una medida).
- 2 Agréguese la cantidad requerida de agua tibia previamente hervida.
- 3 Tape el biberón y agítese hasta disolver la mezcla.



Hecho esto, S. M. A. está lista para la alimentación. La posibilidad de equivocarse al preparar la fórmula para el niño queda prácticamente eliminada.





PARA UNA

Prolongada Acción

ANTIFEBRIL Y
DESCONGESTIVA

APLIQUE

NUMOTIZINE

Aplicándola prontamente sobre el sitio de la inflamación o congestión, Numotizine alivia rápidamente el dolor, y por sus efectos hiperémicos ayuda a disipar la congestión.

La absorción lenta y constante por la piel de las drogas analgésicas y antipiréticas que contiene—guayacol y creosota—produce una acción antifebril constante y prolongada sin interferir con las funciones digestivas.

NUMOTIZINE, INC.

900 No. Franklin Street

Chicago, Ill., E. U. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

CASTAGNET & CASTILLO CO.

TANCA NO. 1 — SAN JUAN, P. R.

Para Crecimiento Robusto



desde la
cabeza hasta
los pies

CUANDO la *propia* leche es fortificada con Vitamina D, el médico sabe que automáticamente se está asegurando una proporción considerable de protección antirraquítica. Ningún descuido por parte de la madre o la enfermera podrán anular el objetivo perseguido por el médico al prescribir una fórmula protectora.

Aunque la Leche Carnation Irradiada no es ofrecida como un agente antirraquítico, el valor profiláctico de este tipo de leche ha sido demostrado en repetidas ocasiones. Estudios clínicos han comprobado su efectividad en la

prevención del raquitismo, no sólo en niños normales nacidos a término, sino aún en los débiles y prematuros.

La Leche Carnation Irradiada es digerida más fácilmente que la leche cruda. Es uniforme en su composición, estéril, y no requiere refrigeración. Nutre bien a los infantes y es igualmente meritoria como un alimento para niños más crecidos. . . Cuando usted use leche evaporada irradiada le recomendamos que especifique "CARNATION", por la garantía de alta calidad que este nombre significa.

Agente Exclusivo: AMERICO MIRANDA
SAN JUAN, PUERTO RICO.

LECHE CARNATION
IRRADIADA

"De Vacas Contentas"



La Leche Carnation Irradiada
ha sido aceptada por el Consejo
de Alimentos de la Asociación
Médica Americana.

PLASTULES HEMATOGENAS

La Ferroterapia Moderna

Extensas pruebas clínicas muestran la marcada mejoría en la sangre producida por el uso de las Plástules Hematógenas en casos de anemia hipocrómica, anemia secundaria, anemias de la gravidez y debilidad general.

Sulfato Ferroso en
Cápsulas Elásticas Solubles
Simples y con
Concentrado de Hígado



BOVINE COMPANY

CHICAGO, ILL., E. U. A.

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

HIERRO

En una Forma Eficaz, Bien
Tolerada y Fácil de Tomar



PLASTULES HEMATOGENAS

Al escoger la ferroterapia, las Plástules Hematógenas son las preferidas porque—Las Plástules Hematógenas

- Son satisfactorias en pruebas clínicas reales
- Son excepcionalmente bien toleradas
- Producen una reacción rápida en la sangre
- Dan excelentes resultados

Hoy en día se requiere una forma de ferroterapia eficaz y económica. Lo pequeño de la dosis, lo fácil de su asimilación y lo pronto de la reacción, hacen de las Plástules Hematógenas la ferroterapia preferida.

CORTESIA
DE LA
FARMACIA BLANCO

*Cooperando con la Clase Médica Puertorriqueña por
más de 60 años*

— — —

SAN JUAN y SANTURCE

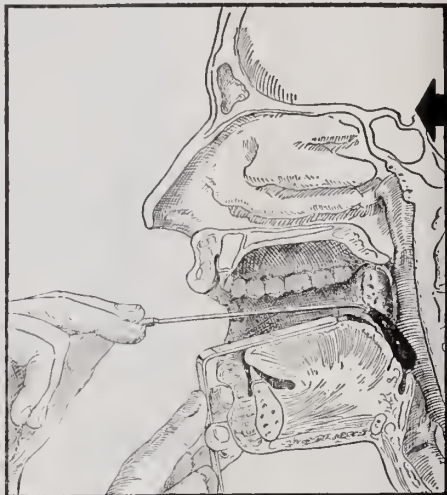
Teléfonos: San Juan 34 y 35

Santurce 785

Faringitis y Tonsilitis

TERAPIA EFICAZ CON

ARGYROL



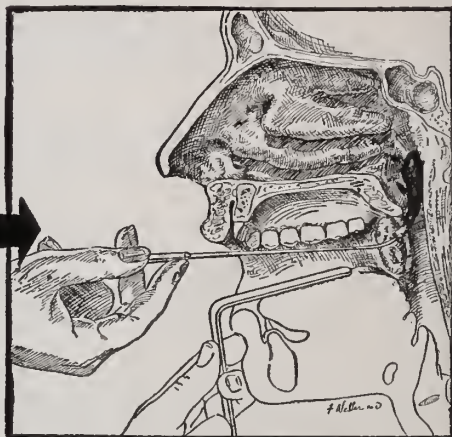
El aplicador se voltea entonces, con la concavidad hacia arriba, y el ARGYROL pasa por detrás de la campanilla, hacia la nasofaringe y la región adenoide.

La buena selección de un agente terapéutico no es menos importante que la perfección de la técnica. Durante más de treinta y cinco años de experiencia clínica, el ARGYROL ha demostrado su mérito para vencer las infecciones de la nariz y la garganta. Muchas autoridades eminentes han observado que cuando se especifica el nombre BARNES en todas las soluciones, se obtienen mejores resultados.

Para esto hay varias razones lógicas, químicas y físicas. La plata en el ARGYROL se encuentra en un estado de dispersión coloidal mucho más fino que todas sus imitaciones. El grado de movimiento browniano es mucho mayor, lo que por razón natural resulta en mayor actividad terapéutica. Las concentraciones de los iones de hidrógeno y

La pincelación completa con ARGYROL al veinte por ciento es un procedimiento clínico que generalmente proporciona gran alivio a las "irritaciones de garganta." Alivia los síntomas y ayuda a vencer la infección. El empleo de una sonda flexible, de metal, facilita considerablemente el procedimiento.

Primero se untan sistemáticamente las fauces y las amígdalas con un tapón empapado de ARGYROL. Después puede curvarse el aplicador para adaptarlo al dorso de la lengua, y entonces pueden pincelarse totalmente con ARGYROL las amígdalas y la parte inferior de la faringe.



de plata en ARGYROL han sido especialmente reguladas para el tratamiento de las delicadas membranas mucosas. No puede decirse lo mismo de las proteínas de plata débiles ordinarias, pues el ARGYROL es la única sal de plata que no tiende a volverse irritante a medida que se aumenta su concentración.

Para obtener los mejores resultados, especifique usted siempre el nombre BARNES en todas las soluciones de ARGYROL.

ARGYROL es fabricado solamente por A. C. BARNES

A. C. BARNES COMPANY, INC., New Brunswick, N. J.

Desde hace 38 años, fabricantes exclusivos de ARGYROL y OVOFERRIN

"Argyrol" es una marca de fábrica registrada, propiedad de la

A. C. BARNES CO., INC.

**Substituya Los Alkalís
Solubles**

**con
AMPHOJEL**

**GEL DE HIDROXIDO DE
ALUMINIO DE WYETH**

Diferencia del sodio, calcio o
magnesio y similares antiácidos,
AMPHOJEL es anfotérico: su
acción es dual—en el estómago
reduce la acidez, en el duodeno
lo contrario y actúa como si
fuese un ácido.

Así que AMPHOJEL no pueda producir ni hiper-
secreción reaccional del jugo gástrico ni alcalosis.



JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

IMPRESO EN E. U. A.

¿QUE TRATAMIENTO PERFIERE UD. PARA LA DIARREA ?

- Inactivar las Substancias Irritantes?
- Inmovilizar el Intestino?

KAOMAGMA detiene la diarrea cubriendo la mucosa con una capa protectora, reduciendo la fluidez de la masa fecal e inactivando, por adsorción, las sustancias irritantes.

Los paliativos que se usan a menudo dependen de la acción de los sedantes o narcóticos, antisépticos o astringentes, sobre el organismo.

KAOMAGMA es el producto favorito del médico de buen criterio porque Kaomagma detiene la diarrea por adsorción.

Sulfonamida eficaz

para el tratamiento de las

INFECCIONES GONOCOCICAS

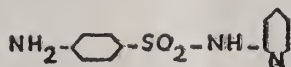
SULFAPIRIDINA

Lederle

EL DESCUBRIMIENTO DE LAS SULFONAMIDAS ha demostrado la eficacia de compuestos específicos para varios organismos. La evidencia clínica reciente en Inglaterra y los Estados Unidos de Norte América demuestra concluyentemente la eficacia de sulfapiridina en las infecciones gonocócicas. La droga parece tener pronto efectos, y en un alto porcentaje de casos ha satisfecho los criterios de las curas asintomáticas. La eficacia de sulfapiridina en casos antes refractarios a otras formas de sulfonamidoterapia ha sido objeto de comentarios en los artículos publicados.

Actualmente la sulfapiridina parece estar definitivamente indicada en el tratamiento de la mayoría de las infecciones gonocócicas. En este tratamiento la droga debe administrarse por vía oral solamente, observando todas las precauciones necesarias empleadas al administrar la droga para el tratamiento de la neumonía.

La fórmula de sulfapiridina es



Informes a solicitud

LEDERLE LABORATORIES CO.

76 Calle Salvador Brau — San Juan

SPINAL ANESTHESIA

for Prolonged Procedures

WHEN the surgeon and anesthesiologist are confronted with an operation that is likely to require more than an hour, a special problem is presented regarding the duration of anesthesia. As has been demonstrated in a number of the largest clinics in America, doses as small as from 10 to 20 mg. of Pontocaine hydrochloride result in anesthesia averaging for from two to three hours in the majority of cases. Thus, any fear that one is working against time is eliminated. In fact, it has been shown that by appropriate modification of the technic of administration the spinal block may be prolonged even to as much as five hours.

The concentration of Pontocaine hydrochloride—1 per cent in saline solution—which is commonly employed for spinal anesthesia has a specific gravity approximately that of the spinal fluid. Hence, Pontocaine is well adapted for the accepted methods of inducing spinal anesthesia and the individual operator need not deviate from his accustomed technic.



Supplied in 1 per cent solution in ampules of 2 cc., boxes of 10.

Write for booklet giving detailed information.

PONTOCAINE

Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of TETRACAINE

(Para-butyl-aminobenzoyl-dimethyl-amino-ethanol)

HYDROCHLORIDE



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y. — Windsor, Ont.

Samples and Literature on Request

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

21 COMERCIO ST. - SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

MAYO, 1940.

Número 5

GLAUCOMA *

INTRODUCCION

Antes de empezar permítasenos aclarar que no vamos a presentar ningún trabajo derivado de investigaciones, puesto que nosotros no tenemos oportunidad a investigaciones ni acceso a trabajos de investigación. Sólo con el propósito de ayudar al programa de esta Escuela de Medicina Tropical, presentamos este modesto extracto de nuestras lecturas y de nuestra experiencia en la práctica diaria de la Oftalmiatría. Y esto no lo presentamos para oftalmólogos, sino para la profesión en general, de modo que ustedes se den cuenta de lo que estamos haciendo actualmente para el glaucoma.

Creemos no equivocarnos, si afirmamos, que el Glaucoma es el problema número uno de la oftalmología, al menos en los países donde no hay tracoma, como Puerto Rico.

ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO DEL GLAUCOMA.

RICARDO F. FERNANDEZ, M. D.

San Juan, P. R.

Glaucoma no es el nombre de una enfermedad definida; es un término que incluye un grupo de condiciones patológicas cuyo distintivo común es el aumento de la presión intraocular. Las causas de estas condiciones son múltiples y variadas y los cambios patológicos y sintomatología muy diversos. Esto hace que el problema del glaucoma sea tan complicado que a pesar de largos años de estudio en que hombres de la talla de Von Graefe, Posey, Elliot, Lagrange, Traquair, Gradle y otros muchos, han dedicado la mayor parte de sus vidas al estudio de ella, aún no han podido dilucidarse las causas y el mecanismo preciso por el cual éstos actúan. Sabemos

algo sobre glaucoma, pero nos falta mucho que averiguar.

No es nuestro propósito en este corto trabajo extendernos en consideraciones más o menos hipotéticas de las diversas causas que pueden producir un aumento en la presión intraocular ni cómo este aumento en la presión pudiera producir las diversas manifestaciones clínicas que agrupadas bajo el nombre de glaucoma conocemos. Solamente esbozaremos a grandes rasgos algunos de los factores más comunes que evidentemente producen la hipertensión ocular en muchos casos. Sabemos que en el glaucoma congénito existen defectos embrionarios en la formación del ángulo corneoiridiano y del canal de Schlem. Sabemos que los ojos hipermetropes cuyo ángulo corneoiridiano es más angosto que el normal o el miope,

* Conferencia dictada por los Dres. Fernández en la Escuela de Medicina Tropical el 14 de marzo de 1940.

están predispuestos a glaucoma. Sabemos también que la mayoría de los casos de glaucoma comienzan después de los 40 años, cuando el cristalino es de tamaño mayor o se ha lineado por el principio de la catarata, y cuando ya el sistema vascular por degeneración senil, intoxicaciones crónicas, patología renal u otras causas, está ya afectado.

Las tres teorías de la producción de glaucoma son:

(1) Teoría Hipersecretorial. Esta está ya casi descartada porque deseansaba en la hipótesis de que el humor acuoso era una secreción del cuerpo ciliar, lo cual se ha demostrado que no es así.

(2) La teoría de retención del humor acuoso por obstrucción de las avenidas de escape. Esta teoría explica muchos de los casos de glaucoma, pero no todos.

(3) La teoría últimamente presentada es la vascular. De acuerdo con ésta el humor acuoso se produce en todas las redes capilares de las membranas internas del ojo y la base principal de todas las manifestaciones patológicas de glaucoma son los cambios vasculares, con la consecuente alteración de la permeabilidad capilar y del mecanismo vasomotor.

Puede decirse en síntesis que el glaucoma es un edema intraocular que se manifiesta en formas variadas. Si el aumento en la presión intraocular es producido por alguna afección local precedente, dentro del ojo, lo llamamos "glaucoma secundario" y si no se encuentra afección anterior lo llamamos "glaucoma primario".

De acuerdo con las diferentes manifestaciones clínicas, subdividimos el glaucoma primario en la siguiente forma:

- (1) Agudo Congestivo
- (2) Crónico Congestivo
- (3) Crónico simple
- (4) Absoluto

No se sabe definitivamente porqué unos casos de glaucoma presentan síntomas congestivos y otros no; se supone que en los primeros el proceso es más rápido o las condiciones del ojo no le permiten adaptarse al aumento de la presión, y por esto se le conoce también por el nombre de glaucoma no compensado. En este tipo de glaucoma la constitución del humor acuoso es diferente a la normal, contiene más proteína y menos cloruros.

En el glaucoma crónico simple no hay congestión vascular y la constitución del humor acuoso es normal. Más aún, en muchos casos la cámara anterior mantiene su profundidad natural y la pupila sigue funcionando hasta un estado avanzado, lo que hace más difícil el diagnóstico y la determinación de los factores etiológicos.

Y aquí llegamos al punto más importante, el diagnóstico del glaucoma. Lo que más interesa a un oculista es salvar visión y para conseguir esto tiene que saber diagnosticar glaucoma, y diagnosticarlo temprano. Cuando se presenta un paciente con glaucoma agudo fulminante, con intenso dolor, congestión marcada del globo, la córnea opalina y el ojo duro como piedra, o con un glaucoma crónico avanzado, con presión intraocular elevada, la cámara anterior llana, el iris atrófico, la pupila dilatada y fija, acopamiento profundo del nervio óptico, gran contracción en el campo visual y disminución marcada de la visión, cualquiera puede hacer el diagnóstico; pero ya por lo regular es muy tarde para salvar la visión a esos ojos. Cuando no se ha establecido ninguno de estos cambios marcados, sino que se encuentra un ligero allanamiento en la cámara anterior, la visión quizás reducida en uno o dos décimos, la pupila un poco perezosa, un ligero aumento en la presión intraocular, un acopamiento del disco un poco mayor que el fisiológico, el punto ciego un poco más grande de lo

normal, un temprano signo de Seidel, o una ligera contracción en la porción nasal del campo visual, entonces es que resulta valioso para el médico y para el paciente establecer un diagnóstico de glaucoma. Y aún podemos ir más lejos, si diagnosticamos lo que hemos venido a llamar hoy día el estado pre-glaucomatoso, en el que aún no han comenzado a manifestarse los cambios arriba descritos. Para hacer esto el oculista tiene antes que nada, que estar siempre en guardia, sospechando que en todos los pacientes de más de 40 años que examina, puede encontrar glaucoma. Si no hacemos esto pasaremos inadvertidos muchos de estos casos. Ahora bien, ¿cómo se pueden diagnosticar estos ojos pre-glaucomatosos? Primero, haciendo parte del examen rutinario de los ojos, probar la tensión intraocular a todo paciente, por lo menos con el taeto, y en todos aquéllos que nos parezca dudosa o elevada, con tonómetro. Segundo, en todo paciente que se encuentre una presbicia exagerada o en cualquier disminución de la visión que no pueda explicarse por otras causas, sospechar glaucoma y someterlo a las pruebas de tolerancia o provocativas que, sin exponer la integridad del ojo, pueden y deben hacerse para obtener evidencia necesaria en que basar el diagnóstico. Entre las múltiples pruebas que se recomiendan a este efecto, vamos a citar algunas de las más útiles:

(1) Curva diaria de la tensión intraocular.

Los ojos normales presentan una pequeña variación en su tensión intraocular durante las 24 horas del día, que nunca pasa de 3 ó 4 mm. de mercurio, llegando a su punto más alto alrededor de las 5 de la madrugada. En un ojo glaucomatoso esta variación puede llegar hasta 10 o más mm. de mercurio, siendo siempre más alta a la hora indicada. El trazar en esta forma

por dos o más veces la curva de la presión intraocular en un ojo sospechoso de glaucoma, tomándola cada tres horas durante un período de 24 horas, es uno de los métodos más efectivos para establecer un diagnóstico temprano de dicha afección.

(2) Prueba de la obscuridad.

Esta se basa en que la tensión de un ojo normal después de tener al paciente durante una hora en cuarto oscuro no debe aumentar más de 5 mm. de mercurio, mientras que en un ojo que tiene o está predispuesto a glaucoma, sube 8, 10, 15, ó 20 mm. de mercurio.

(3) Prueba del café:

Esta consiste en darle al paciente 1 ó 2 tazas de café negro cargado. Si sus ojos son normales la tensión intraocular subirá 5 ó 6 mm., mientras que en el glaucomatoso o pre-glaucomatoso aumentará de 10 a 25 mm. en 30 ó 40 minutos.

(4) Prueba de la midriasis:

Si las pruebas arriba descritas dan resultado negativo, entonces procede a dilatar la pupila con eufatmina 2 al 5%. Si la tensión se mantiene dentro de los límites normales, podemos descartar la posibilidad de glaucoma o pre-glaucoma.

Aparte de estas pruebas lo más importante es el estudio cuidadoso de los campos visuales y del punto ciego, que es en la mayoría de los casos donde se presentan los primeros signos.

También es muy útil en el diagnóstico y pronóstico del glaucoma la gonioscopia o estudio del ángulo cornealiridiano. La forma en que se practica este examen ha sido muy simplificada recientemente usando el cristal de contacto modificado por Gradle, de fácil aplicación, y una lupa binocular de 4 ó 5 magnificaciones, o el microscopio corneal de la lámpara de hendidura. En es-

ta forma puede estudiarse en pocos minutos todo el ángulo de la cámara anterior de aquellos casos de glaucoma que tengan la córnea transparente y la cámara anterior no muy llana, obteniendo valiosa información sobre el carácter y la extensión de las sinequias anteriores periféricas. Si las sinequias encontradas son recientes y de poca extensión, la oportunidad de éxito del tratamiento médico es mayor. Si por el contrario se encuentran sinequias viejas y extensas, el caso no responderá bien a tratamiento médico y requiere intervención quirúrgica.

Hecho ya el diagnóstico, pasemos a considerar el tratamiento que debe instituirse. No se trata simplemente de recetar pilocarpina, eserina, o cualquier miótico que nos guste en la concentración que mejor nos parezca y decirle al paciente que vuelva dentro de tantos días para ver cómo va. Hay que determinar la cantidad mínima de miótico y la frecuencia de la aplicación de éste que se necesita para mantener la tensión de ese ojo dentro del límite normal. ¿Y qué consideramos como el límite normal de la presión intraocular? Pues no hay medida fija para éste, y solo podemos decir que es normal aquella tensión que ese ojo en particular pueda soportar sin que se produzcan en él cambios patológicos.

La graduación de la medicación necesaria es individual a cada caso y hay que hacerla bajo observación constante durante un período razonable de tiempo, tomando repetidas veces y a distintas horas del día la tensión intraocular para estar seguros de que en ningún tiempo ésta sea mayor de lo que debe. Un exceso de mióticos puede producir daño en un ojo glaucomatoso contrayendo excesivamente la pupila con formación de sinequias posteriores que luego son un obstáculo para la cirugía. Todo ojo glaucomatoso que requiera el uso repetido de eserina para conservar

la tensión baja es un caso para cirugía y el tratamiento médico se emplea en ellos sólo temporalmente.

Aquellos casos de glaucoma simple crónico, que se diagnostican temprano, como insistimos, pueden mantenerse indefinidamente por medio de la pilocarpina o la combinación de ésta con adrenalina. Para conseguir el debido resultado del tratamiento médico, es muy necesaria la cooperación del paciente, pues hay que tenerlo bajo observación periódica, midiendo de tiempo en tiempo la visión y los campos visuales y observando por gonioscopía la condición del ángulo corneoiridiano para estar seguros de que no se va perdiendo terreno. Si el paciente no sigue puntualmente estas recomendaciones, lo mejor es indicarle que se opere. El tratamiento médico es especialmente valioso en casos de avanzada edad y en aquéllos que por cualquier otra causa no puedan someterse a operación.

Hay innumerables drogas que además de las arriba mencionadas se han propuesto para el tratamiento médico del glaucoma, pero la mayoría de ellas tienen su aplicación en las formas secundarias y muchas aún están en estado experimental.

De estas drogas las más que se han usado y discutido son la prostigmina, la adrenalina y las tres variaciones de "glauco-san" originadas por el Profesor Hamburger. La prostigmina se emplea como sustituto de la eserina y es muy útil en algunos casos. La adrenalina tiene empleo limitado en instalaciones y su mejor utilidad es en inyección retrobulbar combinada con novocaína, en glaucoma agudo. Todas estas drogas son para usarlas el oculista mientras el paciente está bajo observación directa y no para ser recetadas, y la mayoría de las veces se emplean solamente como coadyuvantes de los mióticos, excepto el Amino-Glauco-san (Histamina) que es el miótico más poderoso que se conoce, y tiene su aplica-

ción en los casos rebeldes de glaucoma agudo. El Dextro-glaucozan, que es una combinación de adrenalina sintética dextro-rotatoria con Metil-Aceto-Piro-Catecina, era para usarse en inyecciones subconjuntivales en casos de glaucoma secundario con sinequias posteriores, en los cuales se suponía dilatar la pupila y al mismo tiempo reducir la presión intraocular. Teóricamente ese efecto sería ideal en estos casos, pero se encontró que actuaba muy irregularmente y además producía una fuerte reacción local. Para obviar estos inconvenientes Hamburger propuso entonces un nuevo producto sintético conocido por Laevo-Glaucozan que se suponía producir los mismos efectos del anterior al ser instilado en forma de colirio. Según su originador esta droga dilataba la pupila y al mismo tiempo reducía la tensión en el glaucoma secundario a iritis, y en el glaucoma primario era también beneficioso usado en combinación con eserina, la cual servía para contrarrestar la dilatación pupilar y prolongar la reducción de la presión intraocular. Pero los resultados obtenidos con estas drogas por otros observadores han sido contradictorios; por eso su empleo no se ha generalizado y es aún muy discutido.

Además del tratamiento local hay que tener en cuenta la condición general del paciente y eliminar en lo posible todos aquellos factores que produzcan intoxicación crónica o cambios vasculares, que como dijimos antes, se consideran una de las causas principales de esta enfermedad. Recientemente se está dando mucha importancia a la relación que el sistema nervioso tiene con la producción del glaucoma, ya que las preocupaciones mentales, los estados de ansiedad, el insomnio, los malos ratos, etc., aumentan la presión intraocular. Hay pues, que tratar de conseguir que el pacien-

te lleve una vida lo más tranquila e intempestuosa posible.

Como medicación interna se han empleado en glaucoma crónico yoduros, bromuros, ergotamina y otras drogas, pero no ha podido comprobarse que sean de valor efectivo.

Por último vamos a considerar el tratamiento médico del glaucoma agudo. Estos, como Uds. saben, son casos dramáticos, con dolor tremendo, desesperación, etc. Muy lejos de lo que creen muchos, la mayoría de estos casos se beneficia con tratamiento médico. Aquí hay que actuar rápido y con alinco para conseguir algo. Lo primero es tranquilizar al paciente y para esto lo mejor es el opio en alguna forma. La aplicación enérgica de miósicos ya sea pilocarpina 2%, eserina 1/4 al 1% cada media hora, o prostigmina 5% cada 15 minutos por una o dos horas, muchas veces baja la presión rápidamente. Además de esto, es muy útil en estos casos administrar un purgante efectivo. En los casos más rebeldes, recurrimos a la inyección retrobulbar de novocaina con adrenalina, a la inyección intravenosa de suerosa concentrada, o a la aplicación del Amino-Glaucozan. Recientemente han sido informados algunos éxitos en estos casos con inyecciones subcutáneas de extracto esplénico. Nuestra experiencia con este último procedimiento ha sido limitada y aunque no hemos obtenido el resultado que esperábamos, nos proponemos usarla en un mayor número de casos antes de pasar juicio sobre su valor terapéutico.

Después de agotados los recursos médicos sólo nos resta recurrir a la cirugía, pero ya habremos adelantado mucho en conocimientos del caso en particular, y el paciente estará mejor preparado física y mentalmente para la operación.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

LUIS J. FERNANDEZ, M. D.

San Juan, P. R.

Muchos creen que el glaucoma es en primer lugar una afección quirúrgica y prescriben tratamiento médico tan solo mientras la operación se decide. Nosotros creemos que éste es un punto de vista radical. Nuestra experiencia nos ha enseñado que algunos casos de glaucoma responden bien al tratamiento medicamentoso. Ciertamente hay casos en los cuales, desde la primera visita nosotros recomendamos operación, porque la patología que encontramos en el ojo nos indica que el tratamiento médico no va a ser eficaz. ¿Qué vamos a hacer con el caso en que después del tratamiento médico, el ojo persiste duro? Operarlo, naturalmente, pero, ¿qué operación vamos a hacer? Desgraciadamente no hay un solo procedimiento operatorio ideal para todos los tipos de glaucoma ni aún para una sola de sus modalidades. El número de operaciones antiglaucomatosas es grande. Todas tienen uno de tres objetivos: (1) Restablecer el curso normal de los líquidos dentro del ojo. (2) Establecer un nuevo sistema de drenaje dentro del ojo. (3) Establecer un sistema de drenaje de dentro del ojo hacia fuera.

La primera operación que debemos mencionar es la esclerotomía posterior. Esta es simplemente una paracentesis de la cámara del vítreo, siendo el sitio de elección en el ecuador del globo entre los rectos inferiores y externo, debiendo dirigirse el enchillo meridionalmente. Esta pequeña operación por muchos olvidada es de gran valor en los casos de glaucoma agudo con alta tensión. Es probablemente la primera operación practicada para el glaucoma y fué introducida por el francés Guérin hace 200 años. Su efecto hipotensivo es pa-

sajero, pero prepara el ojo para que la iridectomía antiglaucomatosa, que se puede hacer al día siguiente, o a los dos días, tenga mayor éxito. Habiendo con la primera ahondado la cámara anterior y reducido la hipertensión, habrá menos tendencia a la complicación de hemorragia intraocular. Esta operacioncita, pues, es la antesala a una de las operaciones oftálmicas más importantes de todos los tiempos, la iridectomía antiglaucomatosa de Von Graefe, introducida por éste en el año 1857. Es interesante saber que él basó esta operación probablemente sobre una idea errónea, la de que el humor acuoso es producido en su mayor parte por el iris, creyendo que cortándole un pedazo lo más grande posible al iris, se disminuiría la producción del humor acuoso, a la par que se libraba el ángulo de drenaje o filtro pectinado de Fortín. Von Graefe creyó que la iridectomía antiglaucomatosa servía para todas las clases de glaucoma, pero pronto la profesión pudo cerciorarse de que su indicación estaba en el glaucoma agudo, y ciertamente, la mayoría de los casos de glaucoma agudo, ceden a una iridectomía antiglaucomatosa debidamente hecha. Esta es la operación que tiende a establecer el drenaje normal de los líquidos dentro del ojo.

Hay otra operación menos conocida, que tiene el mismo propósito y debe mencionarse; ésta es la goniotomía de Otto Barkan, que consiste en abrir una porción del canal de Sklem con un instrumento especial a través de la cámara anterior. Esta operación se emplea en casos de glaucoma crónico en que la cámara anterior no es muy llana. No discutiremos sus méritos por no haber tenido experiencia con este procedi-

miento.

La operación que tiende a establecer un nuevo drenaje dentro del ojo es la ciclo-diálisis, originada por Heine en 1906. Esta operación según practicada por los cirujanos americanos consiste en una incisión escleral de 6 a 8 mm. detrás del limbo, concéntrica a éste, por donde se introduce una espátula entre la corioide y la esclera, hasta la cámara anterior, despegando el cuerpo ciliar de la esclera en $1/4$ o $1/3$ de su extensión. El resultado que se espera de esta operación es la formación de una avenida de escape del humor acuoso, por el espacio supracoroidal. Esta operación está indicada en un número relativamente pequeño de glaucomatosos, especialmente en casos incipientes y en aquéllos que se desarrollan después de una operación de catarata.

En cuanto a las operaciones que tienden a producir una avenida de escape para el humor acuoso hacia el exterior del globo, las más importantes son, la trepanación de Elliot y la iridoesclerectomía de Lagrange. Ambas operaciones han sido objeto de modificaciones por diferentes cirujanos. Podemos decir que casi todos los oculistas las practican con aquellas modificaciones que mejor resultado producen en sus manos.

Consideraremos primero la trepanación de Elliot, por ser la más universal de todas las operaciones para glaucoma, ya que sus indicaciones abarcan mayor número de casos que ninguna otra operación. Nosotros hemos aprendido por nuestra experiencia ciertos pequeños detalles que creemos muy necesarios para el mejor éxito de dicha operación. Creemos, por ejemplo, que es esencial incluir la Cápsula de Ténon en el colgajo desde la incisión, y por eso lo llamamos colgajo conjuntivo-capsular. Estamos convencidos además de que este colgajo debe ser bastante grande. Otro de los puntos que consideraremos esenciales es hacer

la trepanación más en córnea que en esclera, huyéndole al cuerpo ciliar, pues la herida de éste por el agujero de la trepanación nos ha ocasionado algunos fracasos. El corte de la trepanación debe también ser en nuestra opinión, lo más limpio posible, pues estamos convencidos de que algunos de nuestros fracasos fueron debidos a irregularidades en éste. En cuanto a la iridectomía, hay quienes opinan que no es necesaria, y otros que es más conveniente hacer simplemente una iridotomía; nosotros creemos en una iridectomía basal de tamaño moderado, hecha a dos cortes como se verá en la película y dejando libre de iris la trepanación. Los dos inconvenientes que pueden surgir de esta operación son, la temprana oclusión del agujero y la exposición del ojo a penetración de infecciones del exterior más tarde. El primero puede evitarse en gran parte tomando las precauciones antes mencionadas al practicar la operación. Además tenemos la experiencia de que la aplicación de masajes tan pronto sea posible después de la operación, evita en muchos casos la oclusión del agujero. En cuanto al peligro de infección tardía, solamente podemos decir que en nuestra experiencia, es muy remoto, pues solamente hemos tenido ocasión de observarlo en uno de nuestros pacientes, un año después de una operación con éxito. Este paciente era un campesino que vivía en condiciones poco higiénicas y a consecuencia de una conjuntivitis que no se trató debidamente se extendió la infección al interior del globo y al llegar a nosotros una semana después presentaba una panoftalmitis.

Pasemos ahora a considerar brevemente la iridoesclerectomía de Lagrange. Esta operación como la de Elliot tiene bastante éxito en los casos en que está indicada. Nosotros la empleamos en aquellos casos que no tienen la cámara anterior muy llana, especialmente los subagudos o crónicos

del tipo irritativo. Además, la combinamos con la extracción del cristalino en aquellos casos en que hay catarata en un ojo glaucomatoso con hipertensión moderada.

Deseamos hacer mención de la última operación que se ha propuesto para el glaucoma por el Dr. Uribe Troneoso, para darle el merecido crédito a este ilustre colega hispano. Esta operación es una modificación de la ciclo-diálisis antes descrita, que consiste en poner un implante de magnesio entre el cuerpo ciliar y la esclera para conseguir en mayor número de casos que el canal artificial de drenaje que quiere establecerse entre la cámara anterior y el espacio supra-coroide, se mantenga abierto.

Para terminar consideraremos el caso de glaucoma absoluto. Cuando se presenta un individuo en este estado final con uno o los dos ojos ciegos y dolorosos, ¿qué vamos a recomendarle? ¿La enucleación? Esto sería un remedio seguro para el dolor, pero a ningún paciente le agrada que le saquen los ojos aunque estén ciegos. Afortunadamente hay algunas medidas que pueden quitarle el dolor sin recurrir al extremo de remover el ojo y el paciente quedará agradecido. Estas medidas son: (1) neuretomía óptico-ciliar, (2) punción diatérmica, (3) inyección retrobulbar de alcohol, (4) aplicación de rayos X.

A continuación presentamos unas breves estadísticas sobre los casos de glaucoma atendidos por nosotros en los últimos tres años. Ellas demuestran varios puntos de interés:

- 1—Que la enfermedad es mucho más común de lo que generalmente creemos.
- 2—Que en los casos que se atienden temprano hay más de un 90% de éxito.
- 3—Que desgraciadamente son pocos los casos que vienen temprano.

- 4—Que es tristemente grande el número de pacientes ya incurables que vemos y bastante intruido el grupo de aquellos que rehusan o abandonan el tratamiento.

Esta situación poco halagadora se debe principalmente a tres factores: Primero, la naturaleza de la enfermedad en sí, ya que en la mayoría de los casos no hay síntomas perceptibles al paciente, en sus comienzos; Segundo, la falta de divulgación científica al pueblo en estas materias, y tercero, la escasez de oculistas debidamente preparados.

ESTADISTICAS

- I—% Casos de Glaucoma en 7,000 pacientes privados de todas las edades, vistos en los últimos tres años 1.9%
- II—% De personas mayores de 40 años en estos 7,000 pacientes 36.6%
- III—% Casos de Glaucoma entre los mayores de 40 años 5.2%
- IV—Casos de Glaucoma atendidos 133

Divididos en:

- (a) Glaucoma Agudo:
 - 1—Operados con éxito 6
 - 2—Operados sin éxito 1
 - 3—Tratados con medicación 2

9

- (b) Casos tempranos:
 - 1—Operados con éxito 7
 - 2—Casos tratados con medicación por un año o más 7

14

- (c) Avanzados operados:
 - 1—Con éxito 33
 - 2—Sin éxito 12

45

(d) Avanzados que rehusaron operación y tratamiento:	18	(f) Casos de glaucoma secunda- rio, o ya operados	24
(e) Incurables	23	T o t a l	133

There is no single absolutely reliable sign or symptom of activity in tuberculosis. Its determination must rest upon the most careful and thorough consideration of all of the general and local symptoms and signs, together with the results of the various laboratory and clinical studies. Miller, James Alex., N. Y. State Jour. of Med., Dec., 1939.

The sputum-positive cases are a matter of grave concern. They insist upon being discharged to their families and the community; yet segregation is of first impor-

tance in controlling tuberculosis. By segregation did our ancestors rid the country of leprosy. Welsh Nat'l. Mem. Assn. Report, Tubercle, Nov., 1939.

The American Academy of Pediatrics is sponsoring an educational campaign to create a demand for protective examinations on the part of employers and employees. According to the Academy approximately 2% of the teachers actively engaged in elementary and secondary schools in the United States suffer from tuberculosis. The Survey, Jan., 1940.

THE OS- ACROMIALE. — ITS IMPORTANCE TO THE ROENT- GENOLOGIST AND INDUSTRIAL SURGEON

ANTONIO MAYORAL, M. D.*

New Orleans, La.

A very important fact was pointed out by Liberson¹ in 1937 when writing about the Os- Acromiale: The paucity of information relative to this condition found in the English literature. He also gave valuable roentgenological statistics compiled on 1000 shoulders studied for the purpose of determining the presence or absence of the condition, finding that one should expect a frequency of 2.7% occurrence, and 62% of these to be bilateral. His findings show a marked contrast to Kohler² who states that in thirty-one years of experience he has never come across a single case. On the other hand Symington quoted by Keith³ states that it occurs in 8% of subjects. By Os- Acromiale is meant an anomaly of the acromion process of the scapula; consisting of a distinct cleavage at any place between the spine and the tip of the acromion. It is generally believed to be due to failure of bony union either between the two points of ossification in the epiphysis (Fig. 1) that appear between the 15th and 16th year; or to failure of union of the whole epiphysis to the spine. Most anatomists believe the condition to be a congenital anomaly that persists throughout life, and caution of the dangers of mistaking it for a fracture.

The roentgenological appearance varies with the site of non-union as well as with the curve of the cleavage giving origin to the condition. The importance of recognizing the condition is evident; as failure to do so, and to accept it as an ununited fracture, may lead to complicated and disastrous lawsuits against employers who would

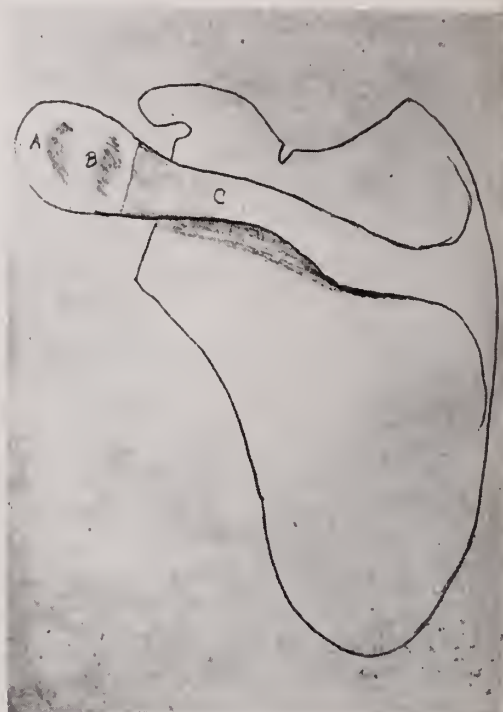


Figure 1

Scapula with centers of ossification of the acromion process A appear on the 16th year, B on the 15th. The line of non-bony union may be between A and B or A and B may unite, then failing to unite to C—the spine.

be liable to be unjustly condemned to pay for non-existing damages. It behooves us as roentgenologists, as well as those who are doing Industrial Surgery, therefore to familiarize ourselves with the anomaly and to be on the alert. Shoulder injuries should be x-rayed the moment they happen, as it is then that the differential diagnosis can be made without shade of a doubt, by the absence of the well known and familiar picture of a recent break. Although os-acromiale is a relatively rare condition, it

* Assistant Professor of Radiology. — Tulane University.

happens often enough to warrant us to be conscious of its occurrence. Until recently considered an anatomical curiosity, many cases have been and will continue to be uncarthd by the x-rays. In this connection I would like to plea for more frequent use of the inferior-superior position (Fig. 2). This is a routine procedure with us in shoulder injuries. By its use many obscure cases have been found.



Figure 2

The illustrations (Fig. 3-4) were taken, one of each shoulder, of a patient who had received the day before an injury of the right side. He was unable to abduct the arm and was very tender at the shoulder. The correct diagnosis was evidenced by the absence of a recent fracture and clinched by the appearance of a similar anomaly in the opposite acromion.

No pretense of originality is claimed. Diffusion of knowledge of an anomaly that has been often mistaken for an old ununited fracture is offered.

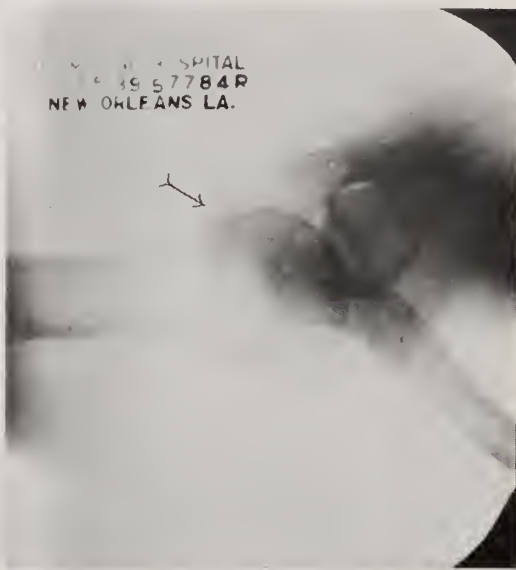


Figure 3



Figure 4

REFERENCES

- (1)—*Liberson, Frank* — Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 19, No. 3, PP-683-699. July 1937.
- (2)—*Kohler, Alban* — Roentgenology. English Edition. 1928. Page 74.
- (3)—*Keith, Sir Arthur* — Human Embryology and Morphology. 5th Edition. Page 503.
- (4)—*Gray's Anatomy* — New American Edition. DaCosta 1905. Page 175.
- (5)—*Clark, K. C.* — Positioning in Radiography. 1st Edition 1939. Page 41.

One of the needs for the control of tuberculosis today is for greater emphasis on the extent of the disease and less on its declining death rate. Rice, John L., M. D., N. Y. City Dept. of Health.

Institutional care is always necessary at one time or another in treating tuberculosis, because of communicability. There is a considerable class which may be regarded as custodial cases, and there is need for domiciliary institutions where they can be cared for. When returned to the community results are often disastrous to them

and their families. After-care and vocational rehabilitation are essential in restoring the patient to normal life. Masur, J., Hosp. Management, Oct., 1939.

Patients subject to febrile reactions following air refills have little or no reaction following nitrogen or helium refills. The febrile reaction probably represents a flare-up of tuberculous pleuritis following the increased oxygen supply of the refill. Pugsley, H. E., M. D., Amer. Rev. of Tuber., Mar., 1940.

DIFICULTADES QUE DEBE SORTEAR EL TRABAJADOR SOCIAL EN PUERTO RICO*

O. COSTA MANDRY, M. D.

Santurce, P. R.

La vida es un constante fluir. Vivimos en un mundo que cambia. De día en día nuevos hechos, nuevos descubrimientos y nuevas complicaciones imponen un reajuste en la orientación y aparecen normas nuevas, tendencias nuevas, teorías y convicciones nuevas. El hombre, racional y supremo representante del reino animal, tiene que adaptar constantemente su mecanismo biológico a todos estos cambios en tal forma, que pueda luchar con éxito por su existencia y por la preservación de la vida de la especie contra los factores que se combinan incesantemente para hacer más difícil esta supervivencia.

Como resultado de este proceso de adaptación humana las profesiones tienen que evolucionar y muchas veces, dadas las necesidades del momento, desarrollan nuevas ramas para satisfacer problemas hasta entonces no reconocidos. Según las circunstancias, estos ramales llegan con frecuencia a adquirir auge y vida propia y se perfilan como profesiones enteramente nuevas.

Vuestra profesión, el trabajo social, es en realidad parte integrante de la nuestra, la profesión médica: una rama del árbol de las ciencias médicas en toda la extensión de la palabra.

Entre las muchas profesiones relacionadas directamente con la nuestra, hay dos que están íntimamente ligadas a ella y son partes esenciales para su éxito en los modernos tiempos en que vivimos. Estas dos profesiones son, en primer lugar, la de las enfermeras, que constituye la mano derecha del facultativo en su diaria brega por

salvar vidas; su auxiliar en la lucha eficaz contra las enfermedades.

La otra profesión es la de vosotros. Su sitio en nuestra casa es diferente, pero de tanta importancia como la otra, hoy día en que los trastornos causados por las enfermedades del cuerpo no terminan con la convalecencia del enfermo, sino que muchas veces comienzan entonces; pues a menudo se requiere un reajuste completo de la vida del individuo para prepararlo de nuevo para la lucha por la existencia. El trabajador social eficiente es un auxiliar del médico, sobre todo en aquellas enfermedades que no podemos curar con medicinas ni con intervenciones quirúrgicas, sino con métodos que influyen sobre los factores sociales, económicos y psicológicos de la vida individual, familiar o comunal.

Por eso la labor del trabajador social es sumamente delicada, exige conocimientos, sentido práctico, perspicacia de juicio, comprensión hondamente humana y gran capacidad para la cooperación. Requiere, por un lado, el estudio de la vida tal y como realmente se manifiesta en cada ambiente y el estudio del corazón humano, del carácter individual de cada persona y de sus particulares reacciones ante los distintos estímulos. Para poder llevar a cabo eficaz trabajo social se necesita, ante todo, la capacidad para conocerse a sí mismo; pues quien no conoce sus propias limitaciones y fallas nunca podrá juzgar a otros con la comprensión y la objetividad indispensables en esta profesión. El propio conocimiento aunado al alto espíritu profesional ayudará a deponer los egoismos personales o los de clase. Las profesiones adquieren

* Leído ante el Capítulo de Puerto Rico de la Asociación de Trabajadores Sociales de Estados Unidos, el 4 de mayo de 1940.

prestigio en la comunidad por sus acertadas actuaciones y sus éxitos. Esto sólo se consigne a través de muchos años de labor constante y altruista.

El trabajador social por regla general, cuando menos aquí en nuestro país, no cuenta con todas las simpatías con que debiera contar: se le mira con algún recelo y cierta indiferencia desde las demás profesiones. Esto se debe a varias causas entre las cuales podríamos enumerar algunas. He aquí un breve resumen de las que me parecen más importantes:

La adversa predisposición natural con que se acogió la implantación de esta profesión en nuestra isla allá por el año 1924 y que desgraciadamente se intensificó durante la época de la "Puerto Rican Emergency Relief Administration", como resultado de los inevitables recelos que se suscitan ante un nuevo organismo social por culpa de la falta de mutua comprensión y conocimiento, o de la imperfecta coordinación y cooperación que estas cosas requieren desde un principio. Afortunadamente, la inteligente y activa participación de algunos de vosotros en la buena dirección que vuestra agrupación ha tenido durante los últimos años, y el cambio de giro que han tomado las cosas últimamente, han encauzado bien vuestro programa profesional y están ayudando enormemente a cambiar las ideas prejuiciadas que contra vosotros pudieran haber surgido en el pasado. Cosa parecida a ésta sucede siempre con todos los pioneros que van a la vanguardia de las nuevas profesiones, con todo aquello que en un momento dado toma repentino auge e invade campos de acción que hasta entonces habían sido acotados y de la única incumbencia de ciertas y determinadas profesiones.

Ahora se necesita gran tacto y una buena dosis de comprensión para reparar totalmente la desfavorable impresión creada

en la fase inicial del servicio social en la isla, en aquella fase que fué la más difícil y en la que más necesitábais vosotros de llevar a la práctica todos los recursos de vuestros conocimientos y de exaltar los nobles principios básicos sobre los cuales se funda vuestra profesión.

Otra de las causas obstaculizadoras es la política, y al hablar de política nos referimos tanto a la política partidista como a la política de grupos o entidades particulares que pretenden defender intereses creados. Como quiera que vuestra profesión tiene mucho que ver con el aspecto económico-social de las familias, siempre intervienen en pro o en contra de vuestras decisiones y de la forma en que lleváis a cabo vuestro trabajo aquellas personas con interés personal en que los asuntos se resuelvan a la medida de su conveniencia privada o en beneficio exclusivo de determinados grupos.

La falta de preparación académica es un factor de suma importancia. Afortunadamente en Puerto Rico y de acuerdo con los informes que nos han sido suministrados, la gran mayoría de los trabajadores sociales tienen muy buena preparación académica, cosa esencial para el éxito de toda profesión; ya que con buena preparación académica, a más de voluntad y vocación, se asientan las sólidas bases de un futuro rico en beneficiosos resultados.

La falta de comprensión y objetividad necesarias para poder resolver los problemas desde un plano de equidad completa sin la intervención de influencias personales y con el único propósito de que la solución de ellos redunde en beneficio del pueblo todo, que es a quien debéis servir y por quien tenéis que velar para mayor lustre y utilidad de vuestra profesión.

Las tendencias religiosas, los fanatismos y las supersticiones son factores de suma importancia en vuestro trabajo diario, ya que os tropezaréis con ellos, al igual que a

nosotros los médicos nos sucede, obstaculizando o entorpeciendo muchas veces el cumplimiento riguroso de nuestros deberes profesionales. Las creencias religiosas deben ser respetadas. Los fanatismos deben ser tratados con extremada delicadeza para no provocar conflictos innecesarios. Las burdas supersticiones deben ser destruidas por medio de paciente labor educadora. Siempre encontrareis un justo medio donde moveros sin levantar inútiles antagonismos dogmáticos y llevando al mismo tiempo a cabo, con todo el rigor científico necesario, pero con toda benevolencia y tolerancia, el trabajo que a vosotros os ha sido encomendado.

Como al fin y al cabo somos humanos, es natural que miremos con cierto celo las actuaciones de algunos profesionales relacionados con nosotros; y, en una profesión como la vuestra, es esencial que estos celos y recelos no desempeñen un papel de importancia, ya que el futuro del trabajo social en Puerto Rico depende de la habilidad con que podáis encauzar vuestra labor cooperando con todas las otras profesiones y esforzándoos para no merecer la antipatía o malquerencia de ninguna otra profesión.

Si comparamos el problema de Puerto Rico con el de otros países del mundo, encontramos ciertos factores básicos que son causas contribuyentes del desequilibrio económico-social que existe en nuestro país en la actualidad.

Para poder sopesar, aunque sea superficialmente, los magnos problemas médicos, económicos y sociales que al presente nos agobian, es indispensable un verdadero conocimiento de la realidad y una bien cimentada experiencia en la práctica de nuestras profesiones, a través de años de luchas y sinsabores: conocimientos éstos que no se adquieren ni en la Universidad ni en la escuela y que aprendemos por medio del contacto con el pueblo doliente y del estu-

dio analítico de los diversos casos con que tropezamos a diario. Para darnos verdadera cuenta de las causas del actual estado de cosas es necesario una investigación concienzuda y objetiva lealmente llevada a cabo como parte de la labor diaria. Esto irá desenbriándonos, día a día, las fuentes y raíces de nuestros más deplorables males.

El problema de Puerto Rico tiene aspectos muy variados y distintos al de cualquier otro país del mundo. Con el cambio de soberanía en 1898 sobrevino un cambio completo de vida y se implantaron nuevos métodos de orientación, importándose a esta isla una diferente modalidad de cultura dirigida por un raza con ideas y tradiciones distintas a las nuestras. Nuestro pueblo a través de los años se ha visto obligado a adaptarse a las nuevas formas, a incorporarse a un diferente ritmo de civilización, y a vivir, a pesar de la escasez de los recursos económicos, dentro de modos y normas que se desarrollaron en el Norte a favor de una gran amplitud de recursos. Las dificultades que todo esto implica se agravaron con la radicalidad y rapidez relativas de los cambios efectuados en el aspecto económico-social.

A nuestro juicio, entre los principales factores que intervienen en la presente situación de nuestro pueblo, está en primer puesto el desbalance que existe entre la natalidad y la mortalidad. Tenemos una natalidad excesivamente alta. Si estudiamos las cifras a nuestra disposición, vemos que en el año 1910 ésta era de 33.7 por cada mil habitantes; en el 1920, 38.4; en el 1930, 35.2; en el 1935, 40.4 y en 1939, 39.8. Durante los mismos años, la mortalidad fué, respectivamente, de 23.8, 22.8, 18.6, 18.4 y 17.8 por cada mil habitantes. Mientras la natalidad aumenta progresivamente o se mantiene estacionaria, vemos como la mortalidad viene bajando, especialmente du-

rante los últimos cinco años, hasta llegar a la cifra de 17.8 que es la más baja que se ha registrado en nuestro país desde que existen estadísticas demográficas. En otras palabras, entre las cifras de mortalidad y natalidad existe una diferencia en favor de la natalidad de alrededor de 20 por cada mil habitantes. De hecho, esto significa que anualmente nacen unas 25,000 personas más de las que mueren.

Este problema habrá de continuar intensificándose año tras año si no se toman energéticas medidas que al mismo tiempo resulten prácticas y factibles.

Como complemento de este problema e íntimamente relacionado con él, tenemos otro que reviste igual importancia y gravedad. Me refiero a la densidad de población. Si estudiamos el número de habitantes en relación con el área de la isla, encontramos que al principio de la dominación norteamericana en el año 1899, la densidad poblacional por milla cuadrada era de 208.3. En el 1910 ya había subido a 328.8; en el 1920 a 382.2; en el 1930 a 454.0 y en la actualidad a 550.6. Hoy tenemos alrededor de 1,800,000 habitantes en una isla eminentemente agrícola con sólo 3,435 millas cuadradas de superficie total. Pero la realidad es aun más grave que lo que indican estas cifras, ya de suyo alarmantes, pues sólo una fracción de las tres mil y pico de millas de superficie, es tierra laborable. El índice del incremento poblacional puede expresarse de otro modo diciendo que durante el período de la dominación de los Estados Unidos en Puerto Rico, o sea durante los últimos cuarenta años, la población se ha duplicado. Igual o muy parecido fenómeno venía ocurriendo ya durante todo el siglo XIX. Además, la erosión de las tierras laborables ha sido constante y progresiva, disminuyéndose así paulatinamente el área susceptible de ser sometida a cultivo.

Otro factor de suma importancia en la situación actual de nuestro país es el desempleo. La falta de trabajo trae naturalmente consigo la falta de recursos económicos y por lo tanto la mala nutrición de nuestras masas. Los diversos estudios que se han llevado a cabo en nuestra isla demuestran la dificultad con que tropieza nuestra gente para conseguir empleo. El número relativamente bajo que logra conseguir empleo por lo común lo consigue solamente durante un período limitado de tiempo, en épocas específicas del año. No quiero ensarles con más detalles que ustedes conocen mejor que yo y que han estudiado en muchas de sus fases y aspectos.

El último problema que consideramos de gran importancia es el de la salud pública. El deber ineludible de todo oficial de sanidad y en especial del hombre enargado de dirigir la salud pública en nuestra isla, es reducir, tanto como sea posible, la prevalencia de las enfermedades y la mortalidad. Apesar de que nuestro país es pobre y debilitado, en el cual abundan las enfermedades que hacen presa fácil en el jíbaro y en todas las masas indigentes, los esfuerzos del actual Comisionado de Sanidad, doctor E. Garrido Morales y la activa labor llevada a cabo por su Departamento, han reducido, no sólo la mortalidad general en nuestra isla, sino también la incidencia de enfermedades cuya prevalencia nos abochorna por lo alto de las cifras.

Entre las cifras más prevalecientes en nuestro país podemos mencionar, basándonos en los índices de mortalidad, en primer término, la diarrea y enteritis con una mortalidad de 399.7 por cada 100,000 habitantes durante el año 1939. La sigue la tuberculosis con 258.4; cifra ésta que representa el mínimo alcanzado durante los últimos diez años. La curva de la mortalidad por tuberculosis iba rápidamente en ascenso y comenzó a descender sólo cuando se

implantó por la actual dirección de sanidad una intensa campaña de control antituberculoso. Después vienen las pulmonías con 177.9 fallecimientos por 100,000 habitantes; las enfermedades del corazón con 108.0 y la malaria con 89.1. Si se compara esta última cifra con la de 204.0 en el 1933 y la de 152.8 en 1934, resulta, relativamente, extremadamente baja. También aquí la marcada disminución de la mortalidad es resultado indudable de una intensa campaña antimalárica.

Cualquiera de los factores que a grandes rasgos hemos considerado, es suficiente para producir por sí solo el desequilibrio en un país. Excusado es decir que al combinarse todos, como pasa en nuestra isla, la situación resultante tiene que ser extremadamente grave.

Tales son en síntesis los problemas con que en la actualidad se tropieza el pueblo de Puerto Rico; problemas médicos, sociales y económicos cuyos diversos aspectos están tan íntimamente ligados entre sí que es indispensable abordarlos conjuntamente, en su totalidad, para poder resolverlos.

El trabajo social comienza una nueva era en Puerto Rico.

Las condiciones de nuestro pueblo en la actualidad exigen un reajuste en la vida y

en la economía. No olvidemos, como es costumbre nuestra al implantar nuevos métodos de orientación en la isla, que el imitar servilmente y al pie de la letra lo que se hace en otros sitios sin antes digerirlo y armonizarlo con nuestras condiciones locales, crea obstáculos, perjuicios y desprestigios innecesarios y contraproducentes.

Analicemos y estudiemos nuestros problemas y nuestras costumbres y hagamos nuestros planes adaptándolos a las circunstancias peculiares del país, utilizando las ideas y los métodos forasteros únicamente en aquella parte que es susceptible de amoldarse a nuestra manera de ser y a los medios con que contamos sin producir trastornos fundamentales.

El futuro de nuestro pueblo descansa sobre los hombros de nuestras clases profesionales. La salud es la suprema ley de un pueblo y nuestro deber es propugnar la felicidad de las masas por medio de una mejor salud y de una mejor adaptación del ambiente. Hacia dónde vamos y hasta dónde llegaremos, sólo el tiempo lo dirá; pero Puerto Rico tiene derecho a esperar mucho de sus hijos del presente a juzgar por las actuaciones de los que nos han precedido.

COMO EVITAR EL CANCER DEL UTERO*

JENARO SUAREZ, M. D.

Santurce, P. R.

Es mi mayor deseo que esta breve charla sobre "Cáncer de la Matriz" pueda contribuir al mejor éxito en esta brillante y decidida campaña que la Liga contra el Cáncer ha emprendido para controlar tan temida enfermedad.

Puede ser cuestión de vida o muerte que ustedes sepan algo sobre el cáncer de la matriz, porque no hay muchas enfermedades donde la observación individual adquiera la enorme importancia que en este caso tiene. El cáncer no es una afección que manifieste tempranos signos de su existencia lo suficientemente evidentes para que los allegados puedan notarlos; un comienzo insidioso, hace que solamente la propia enferma pueda buscar pronto remedio.

Se ha dicho que el cáncer es incurable: sin embargo autorizadas estadísticas tales como las del servicio de Sanidad de los EE. UU. y las de la Sociedad Americana para el control del Cáncer nos dicen que 75% del cáncer de pecho, 80% del cáncer de la matriz, 85% del cáncer del labio y 95% del cáncer cutáneo son curables si son debidamente tratados desde un principio.

Naturalmente, el tanto por ciento de curaciones disminuye en proporción directa al tiempo perdido desde los comienzos de la enfermedad.

Después de las enfermedades del corazón la segunda causa en las estadísticas de la mortalidad en los EE. UU. es el cáncer, siendo en este grupo el cáncer del aparato digestivo el más frecuente, seguido inmediatamente por el cáncer de la matriz y órganos anexos.

El cáncer de la matriz mata anualmente

a 16,000 mujeres en los Estados Unidos. Cada año mueren 300 mujeres en Puerto Rico, oficialmente, de cáncer de la matriz y me atrevo a decir que si todos los casos fueran notificados, el número subiría al doble.

No puede haber duda de que con las debidas atenciones médicas al principio de la enfermedad muchas de esas 16,000 vidas en los Estados Unidos y de esas 300 en Puerto Rico que anualmente se pierden hubieran podido salvarse y gozar plena salud si tan sólo hubieran comprendido a tiempo la gravedad de los primeros síntomas.

El cáncer de la matriz puede ser en gran parte eliminado si se evitan todas las causas de irritación crónica: 95% del cáncer de la matriz se desarrolla en mujeres que padecen laceraciones o enfermedades del cuello de la matriz. El debido cuidado obstétrico es de gran importancia en el control del cáncer. La sutura inmediata de las laceraciones del cuello de la matriz cerraría esas heridas abiertas; que abandonadas a sí mismas constituyen tan grave amenaza al futuro de la mujer.

Periódicos exámenes practicados después del parto ofrecen buena oportunidad para corregir graves afecciones en su comienzo. El cuello de la matriz debe estar constantemente en óptimas condiciones de higiene si queremos evitar el cáncer y esto sólo puede saberse mediante exámenes periódicos en manos competentes.

A ningún médico se le pueden achacar laceraciones y desgarres ocurridos durante partos laboriosos y que en muchos casos no pueden ser evitados. Pero todo médico tiene la obligación de advertir a la paciente

* Leído por radio el día 2 de mayo de 1940 como parte de la campaña auspiciada por la Liga Puertorriqueña contra el Cáncer.

de su condición y debe aconsejar el tratamiento adecuado. Esto sólo se consigue mediante cuidadosos exámenes frecuentemente repetidos después del parto, preferentemente, alrededor de 6 semanas después del alumbramiento.

El número de desgarres del cuello de la matriz y vagina que existe entre las mujeres puertorriqueñas que han tenido hijos, es sencillamente increíble. Pero más increíble parece aun que muchas de esas pacientes dejan pasar los años, que agravan sus achaques y no buscan el remedio adecuado por no someterse a un examen médico.

El diagnóstico temprano del cáncer es obligación de todo médico consciente. Cualquier síntoma que encierre una potencialidad cancerosa exige una investigación del caso.

El médico de cabecera juega un papel de la mayor importancia por ser el primer llamado a dar su consejo. El primer síntoma del cáncer de la matriz es un nódulo de frágil tejido que sangra con la mayor facilidad; pronto el nódulo se ulcera extendiéndose de un modo invasor. Desgraciadamente casi todas las pacientes buscan examen médico cuando ya es tarde para aplicar el adecuado remedio.

Dándose cuenta de lo inadecuado que resulta el control del cáncer el ginecólogo y otros especialistas buscan con ahinco la colaboración de legos y profesionales para reducir tan alta mortalidad.

Para todos aquellos que han prestado seria atención a este asunto, sólo hay una conclusión: hace falta educar al público con respecto al cáncer, a la mujer en particular enseñándole los primeros síntomas de la enfermedad; al médico en general para que estudie los métodos de diagnóstico temprano, y los métodos terapéuticos. Flujo vaginal ensangrentado o períodos irregulares y excesivos al aproximarse la menopausa

son los primeros síntomas del cáncer de la matriz.

Una campaña de educación para enseñar qué es lo que puede considerarse dentro de los límites de la normalidad, en los períodos menstruales, debe ser constantemente mantenida hasta que alcance a todos los niveles sociales.

Son varias las razones por las cuales el paciente se presenta muy tarde, en primer lugar, muchas mujeres están habituadas a padecer un flujo vaginal, así es que conceden poca importancia al flujo, a menos que cause hemorragia o incomodidad en exceso. En segundo lugar, frecuentemente muchas mujeres consideran cualquier irregularidad que se presente durante la edad crítica como parte integrante del cambio de vida. Se dejan llevar de los consejos de sus vecinas que alegan haber pasado esas mismas experiencias. En tercer término, no existe por desgracia, el síntoma dolor en el primer estado del desarrollo del cáncer de la matriz, que si éste fuera un síntoma temprano, más pronto también sería requerida la opinión médica. Por último, el temor de que las sospechas sentidas por la propia paciente de que padece un cáncer y el temor de que se vean confirmadas y que una operación sea ofrecida como único remedio, hace posponer indefinidamente el examen.

En resumen he aquí las reglas que deben servir de norma a la mujer en su lucha contra el cáncer de la matriz:

1—Todo desgarre ocurrido durante el parto debe ser tratado médicamente a la mayor brevedad. El síntoma más común del desgarre del cuello uterino es un persistente flujo vaginal. Cuello uterino sano no desarrolla cáncer.

2—Durante la edad crítica cualquier flujo ensangrentado o alteración de la regla no debe ser considerado como parte de la menopausa y debe ser investigado como un

posible estado pre-canceroso. Es en esta época de la vida cuando más que nunca son necesarios exámenes ginecológicos repetidos por lo menos dos veces al año.

El único modo de curar el cáncer es la total extirpación o destrucción de toda célula cancerosa. Todos los especialistas es-

tán de acuerdo en que importa menos el modo de tratamiento (quirúrgico, Rayos X, etc.) que el tiempo transcurrido desde que apareció el primer síntoma.

No esperéis a tener cáncer; en vuestras manos está el evitarlo.

The possibility of utilizing the general hospital as an effective medium for case-finding in tuberculosis has not been sufficiently explored. The fact that a person is admitted to a general hospital for a condition other than tuberculosis should never be accepted as a guarantee that such person does not have significant tuberculous disease. In a study of 4,853 adult admissions to 14 general hospitals in New York State, 1.1% showed clinically significant tuberculosis and 0.6% unsuspected tuberculosis. Plunkett, R. E., M. D. and Mikol.

Edward X., Amer. Rev. of Tuber., Mar., 1940.

A disease which cannot be overlooked in a health report is tuberculosis; not only because it is still responsible for a great many unnecessary deaths but also because the tuberculosis death rate is considered a fairly reliable index of a community's economic, social and health status. Bul. Milwaukee Health Dept.

If you want to live a long life, develop a chronic disease and nurse it. — Osler.

REPORT OF THE COMMISSIONER OF HEALTH OF PUERTO RICO FOR THE FISCAL YEAR ENDING JUNE 30, 1939

A copy of the Annual Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico to the Honorable Governor of Puerto Rico, for the Fiscal Year 1938-39, has been received and read with interest.

The report details the various activities of the Department of Health of Puerto Rico, under the direction of Dr. Eduardo Garrido Morales, during the fiscal year just ended. It is very interesting from all standpoints to know the advancements in Public Health in the island of Puerto Rico and the achievements of the Staff of the Department of Health during said year in matters pertaining to public health.

We are publishing herewith the general considerations as outlined by the Commissioner of Health in his letter of transmittal to Governor Leahy.

GENERAL CONSIDERATIONS

Puerto Rico has numerous economic, social and public-health problems. With a population density of over 500 inhabitants per square mile dependent to a large extent on agriculture for its subsistence, a large amount of unemployment and a large percentage of those employed receiving comparatively small incomes, the standards of living are extremely low and the problems highly complex. Mountin, Pennel and Flook, from the staff of the United States Public Health Service, reported that in a survey on illness and medical care carried out during the year 1935, 90 per cent out of a representative group of 6,000 families on the Island were found to receive annual incomes of less than \$500 and only four per cent of these families earned incomes of \$1,000 or more. In addition, on account of being located in the tropics, the

Island has the added burden of a number of highly prevalent endemic diseases, notably hookworm and malaria, which are responsible for considerable illness and human suffering.

Notable progress, however, has been made in the field of public health and diseases susceptible to control, such as yellow fever, smallpox, cholera and plague, have not occurred during the last twenty years. In spite of its limited resources, the Insular Department of Health has recently organized sound programs for the control of tuberculosis, hookworm, malaria and other diseases responsible for considerable illness and a high mortality.

It is evident that the avoidance of soil contamination through the construction of sanitary facilities is of fundamental importance in the permanent control of uncinariasis, and the elimination of the anopheles mosquito in its larval stage is of paramount importance in the eradication of malaria.

A great majority of the rural families of the Island do not have sufficient incomes to provide themselves with shelter, food, clothing and other essentials of life and consequently approximately fifty per cent of the population in rural communities do not have sanitary privies. Upon my request, the Federal Government appropriated funds for the construction of 14,300 latrines during the year 1934, and we hope that additional appropriations will become available for this purpose in the future. Considerable progress has been made in the control of malaria and over two thousand acres of wet land have been tile drained with Federal funds during recent years.

Tuberculosis, an outstanding health problem of the Island, has received careful

consideration by the Insular Department of Health. A program which included the construction and maintenance of one thousand hospital beds, the operation of fifteen antituberculosis centers for ambulatory pneumothorax treatment, intensive case finding, especially through the examination of contacts of known cases and the education of the people as to the means by which the disease spreads and its prevention, was started during the year 1934.

Diarrhea and enteritis, which have been a major public health problem on the Island for many years, are being carefully studied with the aid of the U. S. Public Health Service, in order that control measures may be directed with a greater degree of accuracy.

For many years the Insular Health authorities have recognized the importance of syphilis as a health menace to the citizens of the Island but, principally because of the limited funds available, a sufficiently ample and well coordinated program to effectively control the disease was not started until the year 1938. Our participation in the La Follette-Bulwinkle Act, together with an appropriation of the Insular Legislature, has enabled the Department of Health to start an intensive program for the eradication of this disease. During the fiscal year 1938-39 a Division of Venereal Disease was created and ten anti-venereal dispensaries were opened in connection with our health unit program. Plans are being prepared for the operation of additional dispensaries during the coming fiscal year.

Experience in administrative health practice has demonstrated that the health unit is the most adequate organization to bring modern knowledge of preventive medicine before the citizens of a community. Because of this fact the Insular Department of Health has gradually organized

units throughout the municipalities and today we can say with pride that the entire territory of the Island, consisting of seventy six municipalities with an aggregate population of approximately 1,800,000 people, is covered by this important government service.

During the year 1937, the Puerto Rico Reconstruction Administration allotted the sum of \$250,000 for the construction of nineteen modern buildings for public health units in eighteen municipalities and early in 1938, an additional appropriation of \$75,000 was made for the construction of five additional buildings. These buildings are being used to replace inadequate quarters for which the government had to pay rent. The work accomplished by the health units will be discussed in another section of this report.

The Insular Department of Health has given serious consideration to the problem of medical care to the underprivileged population of the Island. General conditions resulting from a high density of population, unemployment and low wages are the result of considerable illness and a large proportion of the inhabitants do not have sufficient revenues to provide themselves with medical care. According to the Organic Act of the Island, approved by the U. S. Congress during the year 1916, the Commissioner of Health, besides attending to the public health of the people, is charged with the responsibility of taking care of charity cases. For over thirty years the Insular Government has been in charge of the insane, blind and contagious cases, and the municipalities have provided hospital and dispensary care for other types of patients. Because of inadequate funds and poor organization the medical services being rendered by municipalities have been far below the standards of modern medical practice. Upon my recommendation and

after a survey carried out by officials of the U. S. Public Health Service, Governor Winship urged the Insular Legislature to approve a bill providing for the centralization of medical care in the Insular Government.

Four modern district hospitals are being constructed. These will be operated by the Commissioner of Health with the advice of a Territorial Charities Board. The first unit located in the municipality of Bayamón is being equipped and will begin to function during the coming fiscal year.

Considering that trained personnel is essential to the success of any public health program, the Department of Health has for several years laid great stress on the qualifications of candidates, especially those to be appointed to key positions, and with the aid of the International Health Division of the Rockefeller Foundation provisions have been made to secure postgraduate training on the continent for a number of physicians and public-health nurses.

For the purpose of giving an extensive short course in public health a training center is being organized in the municipality of Río Piedras, adjacent to the city of San Juan. A large building has been specially prepared to provide lecture and demonstration rooms; also, a public-health unit, a venereal disease dispensary and a tuberculosis center for diagnosis and treatment of ambulant cases are located in the first floor of this building and furnish excellent material for trainees. Physicians who are to become health officers, public-health nurses, social workers and sanitary inspectors will receive their training in this center. Undoubtedly, this will be an important step toward the establishment of a school of public-health as a cooperative enterprise of the University of Puerto Rico, the School of Tropical Medicine and the Insular Department of Health.

Recently a great deal has been said of the possibility for Puerto Rico serving as a connecting link between the people of North and South America. Its geographical location and its historical and cultural background make the Island an ideal meeting place for the people from both continents. In the field of public-health Puerto Rico has already made important contributions to the ideal of a Pan American culture. The Insular Department of Health has provided field training to many physicians, nurses and other public-health personnel from Venezuela, Colombia, Costa Rica, Salvador and other Latin American countries.

EPIDEMIOLOGY

With the exclusion of tuberculosis and venereal diseases the Bureau of Epidemiology and Vital Statistics is charged with the study, prevention and control of the communicable diseases occurring in the Island of Puerto Rico.

The chief of the Bureau of Epidemiology and Vital Statistics and the Epidemiologist are thus responsible for the collection, classification, analysis and interpretation of the morbidity and mortality reports received from the various municipalities of the Island through the health units, and the formation of policies and procedures for the isolation of cases of acute transmissible diseases and the quarantine of their contacts. They also must act as advisors, supervisors and consultants in all matters pertaining to the control and prevention of all communicable diseases.

MORBIDITY REPORTS

The number of physicians registered in Puerto Rico for the year 1938 amounted to 480, out of which 106 or 22.1 per cent did not report a single case of communicable

disease, while 374 or 77.9 per cent sent anywhere from 1 to over 100 cards, reporting in each card from one to six cases of communicable diseases.

GENERAL EPIDEMIOLOGICAL STATUS OF THE ISLAND

The total number of cases of sickness reported from the entire Island of Puerto Rico during the year 1938, amounted to 54,281 as compared with 42,839 for the year 1937.

Cases reported of malaria increased by over nine thousand, and of tuberculosis by about five hundred.

Out of a total of 54,281 cases of sickness reported, 35,659 or 63 per cent were cases of malaria; 9,420 or 17 per cent were cases of tuberculosis (all forms); the remaining 17 per cent were from all other causes.

There were over eighteen hundred cases of whooping cough as compared with six hundred for the preceding year.

Syphilis increased from 1,119 in 1937 to 2,209 in 1938.

Slight increases were noted in chicken-pox and puerperal fever, while diphtheria, dysentery, influenza, measles, mumps and typhoid fever showed decrease in their morbidity rates.

DISCUSSION OF SPECIFIC DISEASES

Typhoid Fever.—Cases of typhoid fever reported during the year 1938 amounted to 601 with a case rate of 32.7 per 100,000 population, as compared with a total of 733 and a rate of 41.3 for the year 1937.

The only epidemic of typhoid fever registered during the year 1938 was that of Ponce during the months of July and August. There was a total of 198 cases reported and 26 deaths with a fatality rate of 14 per cent. The epidemiological evidence pointed out to contamination of the public

water supply, although prompt measures soon brought the public-water supply within standard of purification. Over 21,000 persons were immunized with the complete dose of antityphoid vaccine. The epidemic declined rapidly and conditions were back to normal within two months after the epidemic had started.

Diphtheria.—There were 454 cases of diphtheria reported during the year 1938 with a case rate of 25.2 as compared with 471 cases and a rate of 26.6 for the year 1937. The total number of children immunized with the complete dose of alum-precipitated toxoid during the year 1938 amounted to 20,283 as compared with a total of 5,289 for the year 1937. Only children less than five years of age were selected for immunization.

Influenza.—Influenza is always present in the Island in an endemic form. A total of 2,834 cases of influenza were reported during the year 1938 with a case rate of 157.0 per 100,000 population, as compared with a total of 2,760 cases and a rate of 155.6 for the year 1937. No epidemic of influenza has visited the Island since the year 1936 when a total of 15,723 cases were reported with a rate of 926.3 per 100,000 population.

Dysentery.—Dysentery is a disease which usually makes its appearance in epidemic form following the wake of a hurricane. Since the epidemic of 1932-33 the morbidity from dysentery has been low. The number of cases reported for the year 1938 amounted to 172 with a case rate of 9.5, as compared with a total of 349 cases and a case rate of 19.7 for the year 1937.

Malaria.—Malaria ranked high as a cause of sickness during the year 1938 in Puerto Rico, especially along the coastal sugarcane regions particularly those of the southern part of the Island.

The total number of cases of malaria reported during the year 1938 was greater

by about 10,000 than in 1937. On the other hand, the number of deaths registered from this disease amounted to 1,962, which represent about 500 fewer deaths than during 1937. This apparent increase in the number of cases in spite of the marked decline in the number of deaths is, beyond reasonable doubt, the direct result of the campaign of locating and treating cases of malaria started in 1937 and extended into the year 1938 throughout the most malarious districts of the Island.

Tuberculosis.—There were 549 more cases of tuberculosis reported during the year 1938 than during 1937. The corresponding morbidity rates were 521.9 per 100,000 population as compared with 500.3. In spite of this increase in the number of cases, the deaths from tuberculosis during 1938 were less by more than 100 than during 1937. The rate of 274.5 per 100,000 population for the year 1938 has been the lowest since the year 1930 when a rate of 263.2 was registered.

Hospitalization.—During the year 1938 a total of 451 cases of contagious diseases were properly isolated and treated in the Isolation Hospital at San Juan. Of this total, 226 were cases of typhoid fever, 25 of chicken-pox, 25 of diphtheria, 26 of malaria and the rest of other less common transmissible diseases.

Leper Hospital.—The Leper Hospital admitted 4 new patients during the year 1938 and 7 died, leaving a total population of 56 patients on December 31, 1938.

Distribution of Biological Products.—During the year 1938 there were distributed free of charge a total of 1,571 ampoules of diphtheria antitoxin of varied units, 328 ampoules of tetanus antitoxin, 161,500 small-pox vaccine points, 3,336 vials of typhoid vaccine, 782 vials of diphtheria toxoid and 8 anti-rabies treatments.

Immunization Work:

Smallpox.—There were 142,445 persons vaccinated against smallpox during the year 1938, as compared with 40,821 during the year 1937.

Diphtheria.—A total of 8,032 children under five years of age were immunized against diphtheria during the year 1938 as against 5,289 during the year 1937.

Typhoid Fever.—In the year 1938 a total of 60,661 persons received full immunization against typhoid fever. The greatest number of immunizations was performed at Ponce where a total of 27,201 complete immunizations were performed on account of the water-borne epidemic which occurred in that city during the months of July and August.

VITAL STATISTICS

As measured in terms of mortality, health conditions throughout the Island during the period 1934-38, have shown considerable improvement, as compared with the five-year period 1929-33.

The average annual general mortality for the period 1934-38 was 19.6 per 1,000 population, as compared with an average annual rate of 21.8 for the previous five-year period. During the year 1938, a death rate of 18.8 per 1,000 population was recorded from all causes. Significant reductions were also registered in mortality from important specific causes, notably malaria and uncinariasis. Mortality from malaria decreased from an average annual rate of 167 per 100,000 population for the period 1929-33, to an average death rate of 131 for the period 1934-38. The death rate from this disease for the year 1938 was only 108 and the disease continues to decline with a death rate of 77 per 100,000 population for the first six months (Janua-

ry to June) of the year 1939. The corresponding figure for the same period of the year 1938, was 135. Mortality from uncinariasis has decreased from an average annual rate of 39 per 100,000 population recorded during the period 1929-33 to an average annual rate of 20 for the period 1934-38. The death rate for this disease was only 12 per 100,000 population for the year 1938. A death rate of 274 per 100,000 from tuberculosis during the year 1938 is lower than rates of 287 and 305 for the years 1937 and 1936 respectively.

The infant mortality rate for the year 1938 was 121 per 1,000 live births, as compared with rates of 138 and 127 for the years 1937 and 1936 respectively. The death rate from diarrhea and enteritis under two years of age for the year 1938 was 270 per 100,000 population as compared with rates of 305 and 330 for the previous two years.

The maternal mortality from puerperal causes was 48 per 10,000 total births during the year 1938, as compared with rates of 50 and 51 for the years 1937 and 1936.

A total of 69,823 births were registered during the year 1938, with a birth rate of 38.7 per 1,000 population, as compared with 67,919 births and a rate of 38.3 reported during the previous year. During the year 1938 a total of 9,212 marriages was performed, representing a marriage rate of 10.2 per 1,000 population.

TUBERCULOSIS

Tuberculosis is a major health problem on the Island. There were 9,420 new cases of this disease reported this year, a ratio of 1.9 cases to each death. The number of deaths recorded totalled 4,954, which represents a death rate of 274 per 100,000 population.

A total of 50,119 persons was examined

during the fiscal year in our tuberculosis centers and 5,648 new cases of the disease were discovered. Of this number 1,401 were minimal, 2,009 moderately advanced, 2,033 far advanced and 115 not classified. The number of fluoroscopies this year totalled 71,220 as compared with 51,325 last year. A total of 32,568 X-Ray films were taken during the fiscal year 1938-39, as compared with 20,825 the previous year. Of the total number of new cases discovered 2,090 were found to be suitable for ambulatory pneumothorax treatment. A total of 4,523 patients was given ambulatory pneumothorax treatment this year, as compared with 3,712 during the year 1937-38.

We have found that the examination of contacts is an excellent source for the location of new cases. Out of 70,078 tuberculosis contacts registered in the anti-tuberculosis centers at the end of the present fiscal year, 30,350 or 43.3 per cent were examined and 730 of these were found to be active cases of pulmonary tuberculosis. In the tuberculosis program, according to our regulations, all children under 12 years of age in contact with tuberculosis patients, are tested with tuberculin. Last year the intradermal test with P. P. D. tuberculin was applied to 9,771 children of less than twelve years.

A total of 2,485 new patients was hospitalized during the present fiscal year and the number of patients cared for in our four tuberculosis hospitals totalled 3,820 with an average stay of 5.6 months for each new case. Of the new admissions only 79 were minimal, 558 moderately advanced and 1,840 far advanced. Of the total number hospitalized 1,650 were submitted to pneumothorax treatment.

One of the outstanding features of our tuberculosis program during the present fiscal year was a survey among high-school children throughout the Island. Fluorosco-

pic examinations were made among 8,721 high-school students and teachers. As a result of these examinations, 67 active cases of tuberculosis were located and 103 were classified as suspicious and kept under observation. Out of the positive cases 45 were minimal, 19 moderately advanced and 3 far advanced. This survey will be continued during the coming fiscal year. The educational campaign consists of weekly radio talks and the distribution of pertinent literature, including posters.

PUBLIC HEALTH UNITS

As stated in previous reports, the entire territory of the Island, covering seventy-six municipalities with an aggregate population of approximately 1,800,000 inhabitants, is served by public-health units under full time health officers. The personnel of these health units at present consists of thirty-five full time health officers, fifteen part time physicians for dispensary work, 131 public-health nurses including seven district supervisors, 150 sanitary inspectors, 35 clerk-microscopists and 34 caretakers. Next year, Federal funds, which will become available as a result of the extension of the Social Security Act to Puerto Rico, will provide additional resources for the employment of greatly needed additional personnel and the expansion of our health program.

In spite of the limited personnel, a large volume of work has been accomplished by our health units during the last fiscal year. A total of 7,256 new cases of tuberculosis and 10,771 new contacts was examined during the year and resulted in the discovery of 6,968 active cases. The number of home visits made by nurses among tuberculous families totalled 87,905, of which 29,286 were to active cases and the remainder were follow-up visits to contacts. In the prena-

tal clinics, 14,700 new patients were examined, 9,493 of which were delivered under clinic care and a total of 19,053 home visits was made by public-health nurses in connection with these cases. A total of 12,398 new infants attended clinics in the health units and 41,509 home visits were made by nurses in connection with the welfare of these infants. Pre-school clinics had an attendance of 6,433 children and 11,822 home visits were made to their homes by the nurses. The number of school children examined during the year totalled 170,576, of which 33,223 were infected with intestinal parasites, 98,582 showed dental caries, 5,084 had skin affections and 7,350 were found with visual defects. As a part of the educational program a total of 25,873 talks were delivered by health officers or public health nurses in their respective communities, with an attendance of 717,057 people.

MATERNAL AND CHILD HYGIENE

Because of insufficient funds the program for the promotion of health among mothers and children has been limited. The Bureau of Infant Hygiene has devoted most of its time to the supervision of midwives, the prevention of tetanus and ophthalmia neonatorum and the education of mothers in the principles of infant feeding through the operation of 68 milk stations in connection with the health-unit program. Aseptic material for umbilical dressings was distributed among indigent mothers (90,500 envelopes of sterile gauze and 27,514 envelopes of umbilical dressings). Besides, 28,124 ampoules of silver nitrate were distributed free for use in newborn babies. The distribution of this materia has had a considerable influence in the reduction of mortality from infantile tetanus and ophthalmia neonatorum. Only 28 deaths from

infantile tetanus were reported on the entire Island during the year 1938, as compared with 102 deaths reported during 1934. The number of cases of ophthalmia neonatorum reported during the year was 36, as compared with 68 cases recorded during the year 1934. The death rate from puerperal causes (48.1 per 10,000 total births) was lower than that for the previous year 50.6. The infant mortality rate for 1938 (121.2 per 1,000 live births) is also lower than that for the years 1937 and 1936.

Although milk is sold at a low price in the milk stations, the main purpose of these agencies is the education of mothers in the preparation of milk formulae prescribed by physicians after examining the babies which are brought to the stations. A nurse instructs the mothers in the methods used for sterilization of utensils and keeping the milk free of bacteria as well as the best methods for keeping the babies healthy. During 1938, a total of 3,581 cases attended the milk stations, out of which 2,640 were infants, 860 nursing mothers and 81 pregnant women. The amount of milk distributed totalled 386,068 quarts of powdered milk and 3,575 quarts of fresh milk. A total of 2,802 conferences was delivered at the stations and 26,637 home visits were made by infant feeding instructors. Printed material on infant feeding and care was also distributed.

VENEREAL DISEASES

As a result of the enactment of the La Follette-Bulwinkle Act, the Surgeon General of the United States Public Health Service allotted the sum of \$34,156.63 to be used by the Insular Department of Health in Puerto Rico to combat venereal diseases. This sum, together with an appropriation of \$25,000 made by the Insular Legisla-

ture for the same purpose, enabled the Department of Health to organize an intensive program for the control of these diseases on the Island. A division of venereal disease control was created under a full time physician specialized in this field, and eleven dispensaries for the diagnosis and treatment of cases were operated during the year. Proper diagnostic procedures were established in these clinics, including dark field examinations and spinal punctures. Examination of contacts and location of foci of infection was emphasized.

A total of 11,392 patients was registered in these clinics. Of these, 9,490 had syphilis and 1,854 were gonorrhea patients. The number of treatments administered totalled 96,602. Out of a total of 5,428 contacts reported, 2,013 were examined and 727 were found positive.

In addition to the work performed at these dispensaries, expectant mothers attending pre-natal clinics at the health-units were thoroughly examined and those with positive blood tests received adequate treatment. A total of 372 pre-natal cases received antisymphilitic treatment, and 154 of these were registered in the clinic before the fourth month of pregnancy.

Out of a total of 2,497 inmates examined at the Insular Penitentiary and seven district jails, 24 per cent showed a positive Kahn test. Drugs for the treatment of positive cases were furnished to the attending physicians of these jails and follow up visits were made by our Epidemiologist to see that proper treatment was administered to these inmates.

As a part of the educational program a congress on syphilis was held in the building of the Medical Association with a large attendance of health officers, private practitioners, public-health nurses, social workers and laboratory technicians. National

Social Hygiene Day was celebrated on February 1, 1939, and many newspaper articles and radio talks on the venereal disease problem were brought before the people of the Island.

The May issue of the Puerto Rico Health Bulletin, was dedicated to Dr. Thomas Parra, Surgeon General of the U. S. Public Health Service, for his immense contribution to the solution of this problem on the continent.

RURAL MEDICAL CENTERS

When the Puerto Rico Reconstruction Administration was organized in the Island during the year 1935, a program of rural medical dispensaries was established by that agency. A total of 65 dispensaries was constructed and operated for two years with Federal funds and at the end of this period 58 were transferred to the Insular Government to continue their operation. Only 30 dispensaries were opened during the present fiscal year as a number of those which were transferred to the Insular Government were constructed in close proximity to health-units already established by the Insular Department of Health and their operation would be a duplication of work. The dispensaries which we opened were operated with an appropriation of \$110,000 made available by the Insular Government. The personnel of these centers consists of 10 full-time physicians, 5 full-time dentists, 30 public-health nurses, 15 sanitary inspectors for rural work and 30 caretakers. Their work is supervised by a central division under the direction of a full-time physician. The work of these rural dispensaries is both preventive and curative. A number of weekly clinics is held by physicians with the aid of nurses, and dental care is provided for the rural population.

During the present year a total of 13,006

persons received treatment for hookworm and 4,217 for malaria. The number of persons receiving treatment for syphilis totalled 1,450 and to these 5,073 treatments were given. Forty thousand six hundred one (40,601) teeth were extracted in the dental clinics of these dispensaries. A total of 35,093 patients received a complete physical examination and 23,049 surgical dressings were performed.

BIOLOGICAL LABORATORIES

At present, the Department of Health has a central laboratory in the city of San Juan and branch laboratories in the cities of Ponce, Aguadilla, and Mayagüez. The Department also operates a clinical laboratory in each of the four tuberculosis hospitals and a fifth one at the Psychiatric Hospital. Besides, there is a clerk-microscopist in each health-unit. Plans are being prepared to organize three additional district laboratories in order that the central laboratory can devote a great part of its time to research and the preparation of vaccines and biological products.

During the fiscal year 1938-39, a total of 770,242 specimens was examined. Out of this number 529,259 were performed by the four public-health district laboratories, 38,165 by the laboratories located in tuberculosis hospitals, 1,614 in the Psychiatric Hospital and 183,191 by the clerk-microscopists working in the health units.

A total of 4,554 water samples was examined during the year and the number of milk samples analyzed totalled 3,650. During the year, a total of 149,285 blood samples for complement fixation tests was received in all the laboratories and a total of 312,657 tests was performed. Also 750 cerebro spinal fluids for complement fixation tests were examined. The number of sputum tests totalled 52,244, as compared

with 48,595 examinations performed last year.

Investigations of feces for the presence of intestinal parasites totalled 208,868. Also 53,516 specimens of blood were examined to determine the presence of malaria parasites; and 43,671 specimens were examined from suspected diphtheria cases or carriers of this disease.

SANITARY ENGINEERING

During the fiscal year 1938-39 the Bureau of Sanitary Engineering has approved plans for the construction of eight water supplies and seven sewer systems. Filtration plants were constructed to purify the water supplies of the following municipalities: Aguadilla, Gñayama, and Humacao. Improvements to the filtration plants of Ponce, Arecibo, and San Juan were also carried out. This Bureau also approved the necessary plans for the construction of 1,970 buildings and 1,147 building extensions. Plans for eleven new urbanizations were also approved.

SANITARY INSPECTIONS

The Bureau of Sanitary Inspection supervises the work of sanitary police carried out by sanitary inspectors throughout the Island. Our records show a total of 898 registered dairies on the Island, out of which 220 are classified as first class and the rest as second class. The total number of samples of milk collected during the fiscal year 1938-39 totalled 12,022 out of which 195 showed adulterations with water. A total of 625 drug stores was inspected during the year by seven food and drug inspectors, who are graduate pharmacists. Also 2,850 other establishments, such as grocery stores, factories, etc., were inspected. The number of sample of foods and

drugs collected for analysis totalled 1,697, out of which 258 showed adulteration and the responsible persons were taken to court. The number of animals slaughtered during the year was as follows: cattle 54,821, hogs 32,564 and goats 2,136. The division of rural sanitation approved a total of 5,428 new privies constructed during the year in rural communities.

PUBLIC WELFARE

Social Work

The organization of this bureau has been more or less the same as last year. There were 5,206 applications for admission to the Boys and Girls Charity Schools, 3,846 were investigated by the social workers and it was possible to admit only 88 on account of a limited number of vacancies in the orphan homes. Social case work with the children of these schools required 166 home visits.

Eighteen new cases were investigated and admitted to the School for Blind Children. These investigations required 57 home visits and 82 interviews. Assistance was rendered to 114 blind cases outside of the school.

In the antituberculosis centers, services were rendered to 1,832 patients and 4,569 new cases were investigated. Five thousand seven hundred ninety-eight patients were aided with transportation to the tuberculosis centers or hospitals at an expense of \$6,021.61. This amount was received from the "Asociación Benéfica Insular" and from funds collected by the provisions of Law No. 70, and does not include funds furnished by the local committees of the General Antituberculosis Association before Law No. 70 became effective. There were 101 services rendered to patients in the Tuberculosis Hospital of Río Piedras and 43 to their families.

In the Psychiatric Hospital, 336 cases for admission and 62 for readmission were investigated.

One thousand five hundred four new cases were referred to the interagency service of the Bureau and a total of 1,878 cases were referred to the social work aids in the antituberculosis centers.

The bureau has also carried out a number of special studies in order to obtain information which is required to meet the many problems which have been encountered.

PSYCHIATRIC HOSPITAL

This institution with a capacity of 1,000 beds admitted 336 new patients during the year, readmitted 62 and discharged 340, leaving a total of 1,057 at the end of the fiscal year. Of the number admitted 24 per cent were diagnosed as Dementia Praecox, 15 per cent as Mania Depressive Psychosis, in 5 per cent the mental condition was associated with syphilis and the rest, with the exception of 99 in which a definite diagnosis have not been established, had other mental conditions. There was a total of 94 deaths in the institution. The laboratory was active during the year performing 2,010 Wassermann tests, 1,061 blood cell counts, 110 blood chemical analyses, 1,183 urinalyses, 1,272 specimens of feces were examined for intestinal parasites and 144 blood smears were examined for malaria. The number of surgical operations performed during the year totalled 38, of which 15 were among men patients and 23 among women patients. The dental department performed 137 prophylactic treatments, 14 fillings and 39 miscellaneous treatments; also 1,954 extractions were performed. The hydrotherapy department gave a total of 5,333 continuous baths, 3,117 tonic baths and 3,563 packs.

The occupational therapy department carried out a number of social activities during the year, including 13 dances among patients, 11 moving picture programs and 3 special theatrical shows. There were 166 patients, 112 women and 54 men, enrolled in the shops and ward classes at the close of the year, and 68 patients were given pre-industrial work.

A total of 19 patients, 13 females and 6 males, were sterilized in compliance with instructions received from the Insular Board of Eugenics.

PONCE DISTRICT HOSPITAL

This is a small general hospital with a capacity of 80 beds, located in the southern part of the Island. The total number of patients admitted during the year was 1,414, which, together with 82 patients remaining in the hospital at the close of the previous fiscal year, makes a total patient census of 1,496 on June 30, 1939. The out-patient departments of this hospital performed 7,272 surgical dressings, 379 gynecological examinations, 322 pre-natal examinations, and 520 miscellaneous treatments. There was a total of 587 surgical operations performed and 243 deliveries. A total of 2,210 X-Ray films was taken.

ASYLUM FOR THE BLIND

This institution for the care of the blind has a capacity of 100 beds and is located in the city of Ponce. Extensive repairs were made to the building and modern equipment was purchased during the year. A new out-patient department was organized, which is rendering satisfactory work. A total of 222 patients, 136 males and 86 females, was admitted to the institution during the fiscal year, and 212 cases were discharged. Of the total number of cases

discharged, 179 were discharged as cured. There were 242 eye operations performed during the year, as follows: 129 cataracts, 49 pterygium, 30 enucleations, 18 iridectomies, 5 diseisions, 5 sclerotomies, 2 symblepharon, 2 papilloma of conjunctiva, 1 evisceration, and 1 cyst of sclera.

INSTITUTE FOR BLIND CHILDREN

In this institution a new dormitory for girls was constructed during the year and considerable improvements were carried out in the surrounding grounds, including provision of a play-ground for the inmates. Sixteen children were admitted which, together with 46 remaining in the institution at the close of last fiscal year, makes a total of 62 children cared for in the institution. Four pupils received their elementary-school diplomas at the close of the school year.

VOCATIONAL INSTITUTE FOR THE ADULT BLIND

The Vocational Institute for the Adult Blind functions under a Board of which the Commissioner of Health is President.

This Institute, which is to give vocational training to the adult blind, began to function in February 1938. The Institute had an enrollment of 30 pupils at the beginning of the fiscal year, 14 new pupils were enrolled and 3 were withdrawn, leaving a total of 39 at the end of the fiscal year.

INSULAR HOME FOR BOYS

A modern institution consisting of eight buildings was constructed in the vicinity of Guaynabo during the year 1938, and

serves as a home for orphan children. The new quarters are located on a farm of 100 acres of good agricultural land purchased by the Insular Government. There are four dormitories with a capacity for 424 orphans, a vocational building, an infirmary, a laundry, and a building which serves for class-rooms and cafeteria.

A new course of studies has been organized, where preference is given to vocational education. At the end of the fiscal year ending June 30, 1938 there were 331 children in the institution, 49 were admitted and 58 discharged, leaving an enrollment of 322 on June 30, 1939. Of this number, 217 were receiving vocational training. Forty-five children received their elementary-school diplomas at the end of the school year and 30 received diplomas in vocational courses.

INSULAR HOME FOR GIRLS

This institution is a home for orphan girls, financed by the Insular Government. There were 263 pupils in the institution on June 30, 1938, 51 girls were discharged during the year and 45 were admitted, leaving an enrollment of 257 on June 30, 1939. Twenty-five pupils received their elementary-school diplomas and 14 graduated in the two-year commercial course. Vocational training was also emphasized during the year.

In closing, I wish to express my sincere appreciation to you as Governor of Puerto Rico, to the Insular Legislature, the Board of Health, members of my staff and to the public in general, for the splendid cooperation which has been shown towards us in our efforts to improve the health of the public.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII MAYO, 1940. Número 5

Editor y Admisistrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reunión del mes:

El día 11 del cursante mes celebró su reunión ordinaria mensual la Junta Directiva de nuestra Asociación, conjuntamente con miembros del Consejo y el Comité de Propaganda.

Asistieron a esta reunión los siguientes compañeros:

Dr. O. Costa Mandry

Dr. Eduardo R. Pérez

Dr. David E. García

Dr. M. Pujadas Díaz

Dr. R. Mejía Ruíz

Dr. A. Pérez Toledo

Dr. Guillermo Arbona

Fueron tratados en esta reunión varios asuntos de interés para la Asociación y se acordó, entre otras cosas, recomendar al Dr. César Domínguez para un nuevo término como miembro del Tribunal Examinador de Médicos e iniciar una campaña entre los compañeros que aún permanecen fuera de nuestra Asociación para que ingresen a su seno. Se hizo constar en acta la pena de nuestra Asociación por el fallecimiento

de la esposa de nuestro compañero el Dr. Pedro Malaret.

Asociaciones de Distrito:

SAN JUAN

El lunes 29 del ppdo. mes de abril, y como parte del programa de actividades científicas confeccionado por la dirección de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, el Dr. Charles M. Carpenter, Profesor Asociado de Bacteriología e Higiene en la Universidad de Rochester, dictó una interesante conferencia en el edificio de la Asociación, sobre "El modo de acción de la Sulfanilamida y sus derivados."

Asistieron a este acto, atraídos por lo interesante del tema y la reconocida autoridad del conferenciante, un nutrido grupo de compañeros del distrito, los que tuvieron para el distinguido visitante frases de elogio por su magnífica disertación científica.

HUMACAO

El domingo 5 de los cursantes, y con una nutrida concurrencia, celebró su asamblea anual la Asociación Médica del Distrito de Humacao.

A las 10:30 de la mañana, y bajo la presidencia del Dr. Mugrage, dió comienzo la asamblea en el salón de actos del Municipio de Humacao, procediéndose en primer término a la elección de la directiva y delegados para el año en curso, elección que se llevó a efecto dentro de un ambiente de verdadera cordialidad, y cuyo resultado fué como sigue:

Presidente: Dr. Jeramfel Cordero

Vice-Pres.: Dr. A. R. Cestero Hernández

Secretaria: Dra. Carmen Troche de Mejía

Tesorero: Dr. Héctor M. González

Delegados: Dr. César Domínguez

Dr. Victor Skerrett

A continuación se procedió con el programa científico, siendo presentados los siguientes trabajos:

"The Diagnosis of Gonococcal Infection", Dr. Charles M. Carpenter.

"Newer Aspects in Nutrition During Pregnancy", Dr. Eva Dodge.

"Extension of Laboratory Service in Puerto Rico", Dr. O. Costa Mandry.

"Congenital Bilateral Anophthalmus—Case Report", Dr. César Domínguez.

"Blood Transfusion and Parenteral Fluid Administration in Pediatrics", Dr. Wm. King.

Del municipio trasladáronse los asistentes al Ryder Memorial Hospital, donde los doctores Mugrage y Taylor presentaron varios casos clínicos y quirúrgicos de sumo interés, y cuya presentación dió origen a una extensa discusión en la que participaron varios de los concurrentes.

Luego, todos los compañeros se trasladaron a la playa de Humacao, donde en un ambiente familiar fueron galante y exquisitamente obsequiados.

Vaya nuestra cordial felicitación para los organizadores de este espléndido acto de carácter científico-social.

ARECIBO

En fecha reciente celebró asamblea para elección de funcionarios la Asociación Médica del Distrito de Arecibo, que presidía el querido amigo Dr. Dr. H. F. Carrasquillo, habiendo sido electos los siguientes compañeros:

Presidente: Dr. R. Rivera Aulet

Vice-Pres.: Dr. A. Otero López

Secretario: Dr. Miguel E. Sala

Tesorero: Dr. Julio A. Santos

Delegado: Dr. Antonio Marchany

Para todos nuestra sincera felicitación.

Dr. E. Martínez Rivera:

El día 6 del cursante mes embarcó hacia los Estados Unidos, vía La Habana, nuestro estimado amigo y Editor-en-Jefe de esta publicación, Dr. E. Martínez Rivera.

Va el Dr. Martínez Rivera al Norte en viaje de placer, y habrá de aprovechar su estadía en el continente para asistir a varias asambleas, entre ellas a la de la Asociación Nacional Antituberculosa y a la de la Asociación Médica Americana.

Durante su estadía en el Continente el Dr. Martínez Rivera se propone invitar, a nombre de nuestra Asociación, a varios distinguidos profesores de la Universidad de Maryland, para que visiten la isla durante el próximo mes de diciembre y participen en la asamblea anual de nuestra Asociación.

Deseamos al Dr. Martínez Rivera unas muy gratas impresiones durante su permanencia en el Norte, y un lisonjero éxito en las gestiones que se propone realizar.

Dr. Jacobo Simonet:

En el mismo barco que embarcara nuestro Editor, partió también hacia el Norte el estimado colega, Dr. Jacobo Simonet, Vicepresidente de la Asociación Médica del Distrito de San Juan y Presidente de la Asociación General Antituberculosa de Puerto Rico.

Es el principal objeto del viaje del querido amigo, asistir a la asamblea anual de la Asociación Nacional Antituberculosa.

Muy gratas impresiones durante su estadía en el continente deseamos al querido amigo.

Dr. Pedro Madariet:

Recientemente falleció la distinguida esposa del querido compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

A las múltiples expresiones de condolencia que con tal motivo habrá recibido el querido amigo, deseamos unir la nuestra.

Dr. Ramón M. Suárez:

El día 6 de los cursantes, y tras una ausencia de dos meses, regresó a nuestra isla el distinguido compañero, Dr. Ramón M. Suárez.

Reciba el querido amigo nuestro cordial saludo.

Dr. Carlos E. Muñoz MacCormick:

También regresó a nuestra isla el día 6, el estimado amigo cuyo nombre encabeza estas líneas, y quien durante su permanencia en el Norte cursó estudios avanzados en su especialidad.

Nuestro saludo para el amigo Muñoz MacCormick.

Dr. Agustín Mújica:

Con el propósito de asistir a una Convención de Urólogos que habría de llevarse a efecto en el presente mes en Texas, partió hacia los Estados Unidos en los primeros días de mes, el querido amigo, Dr. Agustín Mújica.

Deseamos al amigo una grata estadía en el continente.

Dr. Mariano Caballero:

Ha sido nombrado por el Honorable Gobernador de Puerto Rico, para formar parte del Tribunal Examinador de Médicos, en sustitución del Dr. Luis J. Fernández, cuyo término expiró recientemente, el estimado amigo, Dr. Mariano Caballero.

Reciba el distinguido colega nuestra más sincera felicitación por tan merecido nombramiento.

Dr. José Menéndez:

A principios de mes embarcó hacia los Estados Unidos, con el propósito de asistir a la Convención para la Revisión de la Farmacopea, que habría de celebrarse en Washington durante los días 14 y 15 de mayo, el Dr. José Menéndez, miembro de la Facultad de la Universidad de Puerto Rico.

El Dr. Menéndez concurrió a dicha Convención como representante oficial de la Universidad de Puerto Rico y de nuestra Asociación.

Un franeo éxito en sus gestiones deseamos al Dr. Menéndez durante su ausencia.

Dr. José Seín:

Tras una ausencia de más de cuatro meses, durante la cual cursó estudios avanzados en cardiología en una Universidad del Continente, regresó a nuestra isla el día 13 de los cursantes, el Dr. José A. Seín, miembro de la facultad del Hospital San José, de esta capital.

Reciba el compañero Seín nuestro cordial saludo de bienvenida.

Dr. Agustín Sánchez:

Pasa por la pena de haber perdido a su querida madre en fecha reciente, el estimado colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Reciba el amigo Dr. Sánchez nuestra más sentida expresión de condolencia por tan irreparable pérdida.

Dr. Manuel de la Pila Iglesias:

El día 16 del cursante mes embarcó hacia los Estados Unidos, via La Habana, el querido amigo, Dr. Manuel de la Pila Iglesias.

El Dr. de la Pila Iglesias asistirá duran-

te su estadía en el Norte a la Asamblea Anual de la Asociación Médica Americana que tendrá lugar en la ciudad de Nueva York del 10 al 14 del próximo mes de junio. El Dr. de la Pila Iglesias es el delegado oficial por Puerto Rico a la Cámara de Delegados de dicha institución.

Lleva el querido amigo instrucciones de nuestro presidente para hacer gestiones cerca del Presidente Eleeto de la Asociación Médica Americana, Dr. Van Etten, del Cirujano General de los Estados Unidos, Dr. Parran, y del Dean del Colegio de Medicina de la Universidad de Columbia, Dr. Rappleye, para que acepten la invitación oficial que ya les ha sido extendida para que concurran a la asamblea anual de nuestra Asociación el próximo mes de diciembre.

Acompaña al Dr. de la Pila Iglesias en este viaje al Continente, su distinguida esposa.

Deseamos a tan distinguidos viajeros muy gratas impresiones durante su travesía, y al estimado colega un lisonjero éxito en sus gestiones como representante de nuestra Asociación ante la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana.

Dr. Rafael M. Rivera:

El día 22 del cursante mes falleció en Barranquitas el padre del querido amigo, Dr. Rafael M. Rivera.

Sirvan estas líneas para testimoniar al amigo nuestra más sentida condolencia por tan irreparable pérdida.

Conferencia Inter-Americana de Administradores de Hospitales:

El jueves 25 del pasado mes de abril reunióse en la Universidad de Puerto Rico el Comité encargado de la organización de la Conferencia Interamericana de administradores de Hospitales, que habrá de celebrarse en San Juan durante las dos primeras

semanas del mes de diciembre próximo, y de cuyo comité forman parte el Cancellor de la Universidad, Dr. Juan B. Soto, el Comisionado de Sanidad, Dr. Eduardo Garrido Morales, el Director de la Escuela de Medicina Tropical, Dr. George W. Bachman, el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. O. Costa Mandry, el Presidente de la Junta Territorial de Beneficencia, Dr. Leopoldo Figneroa, el Presidente del Comité de Hospitales de la Asociación, Dr. Señeriz, el Presidente del Tribunal Examinador de Médicos, Dr. Ramón M. Suárez, el Sr. Robert E. Boyd, Administrador del Hospital Presbiteriano, y el Secretario Ejecutivo de la Escuela de Medicina Tropical, Sr. Félix Lamela.

En esta reunión se nombró un Comité de Programa y un Comité de Finanzas, para comenzar a trabajar inmediatamente en la preparación del programa y los actos que habrán de celebrarse durante la conferencia. El Dr. Garrido Morales fué nombrado presidente de la Conferencia y el Sr. Lamela, secretario. El Dr. Juan Bautista Soto, Cancellor de la Universidad, fué nombrado presidente del Comité Ejecutivo encargado de la organización de la Conferencia.

Colegio Americano de Médicos:

En la reunión anual del Colegio Americano de Médicos (American College of Physicians), celebrada en el pasado mes de abril en la ciudad de Cleveland, y a la cual asistiera el Gobernador del Distrito de Puerto Rico, Dr. Ramón M. Suárez, fueron electos *fellows* de dicho Colegio, nuestros compañeros los doctores Luis M. Morales y Manuel de la Pila Iglesias. En esta misma reunión fué admitido como *associate*, el Dr. Federico Hernández Morales.

Para conocimiento general, nos complace-mos en publicar a continuación una lista de los compañeros que actualmente pertenecen a dicho Colegio:

Fellows

Dr. Ramón M. Suárez
 Dr. O. Costa Mandry
 Dr. Enrique Koppisch
 Dr. R. Rodríguez Molina
 Dr. Juan A. Pons
 Dr. M. Roses Artau
 Dr. M. de la Pila Iglesias
 Dr. Luis M. Morales

Associates

Dr. J. Garrido Collazo
 Dr. Guillermo S. Marqués
 Dr. César Domínguez
 Dr. José N. Gándara
 Dr. Antonio Ortíz
 Dr. M. Pavía Fernández
 Dr. José Landrón
 Dr. Juan Sabater
 Dr. F. Hernández Morales

NOTICIAS MEDICAS DEL EXTRANJERO

Pan-American Congress of Ophthalmology in Cleveland next October:

Plans for a Pan-American Congress of Ophthalmology to be held at the Hotel Cleveland, Ohio, October 11-12, have been announced.

The congress will be sponsored by the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, an organization of more than 2,500 specialists in diseases of the eye, ear, nose and throat, which will hold its annual convention immediately preceding the Pan-American gathering.

The U. S. Department of State has expressed its interest and the governments of all the countries of the Western Hemisphere have been invited to send official delegates. It is felt that the meeting will do

much toward bringing about an *entente cordiale* among scientific men of the two Americas, and it is expected that a permanent organization will be effected.

The committee that is developing the congress has the following members: Drs. Harry Gradle, Chicago; Conrad Berens, New York, and Moacyr E. Alvaro, Sao Paulo, Brazil. The executive secretary of the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, which will be host to the Latin-American eye specialists, is Dr. William P. Wherry, 1500 Medical Arts Building, Omaha, Neb.

Under the direction of Dr. Berens, papers in Spanish or Portuguese will be made understandable to English speaking ophthalmologists by the use of lantern slides projecting a synopsis of each paragraph translated into English. The reverse process will be used with the English papers. Spanish and Portuguese stenographers will be present to record the discussions in the language of the authors.

The congress is open to any ophthalmologist who wishes to register. Non-members of the Academy of Ophthalmology and Otolaryngology may register regardless of attendance at the Academy meeting proper. Individual invitations have been sent to about 1,800 members of the ophthalmologic profession in the Latin-American countries, as well as to the national societies of eye specialists and the universities. Individual invitations were not sent to ophthalmologists in the United States and Canada, but official invitations to them are being printed in the various journals of ophthalmology. A fee of \$5 has been set for membership in the congress.

Among the guests expected for the congress is Dr. Manuel Marquez y Rodríguez, for many years a prominent eye specialist teacher and writer in Madrid and now living in Mexico City.

Quinto Congreso Pan-Americano de la Tuberculosis. Una magnífica oportunidad Científico-Turística:

En la grande y tradicional ciudad de Córdoba, de la República Argentina, será realizado del 13 al 17 de octubre del año corriente, el Quinto Congreso Pan-Americano de la Tuberculosis, bajo la presidencia del Prof. Gumersindo Sayago, fisiólogo de renombre universal.

El Sr. Presidente de aquella república, reconociendo la importancia del certamen y las circunstancias del momento en que vivimos, bajó un decreto oficializando la iniciativa y concediendo ventajas especiales.

Ahora que Europa nos apena con el espectáculo de una lucha demoledora, cada uno de nosotros debe contribuir a la vinculación cada vez más afectuosa de los pueblos de nuestra América, como la llamaba Nascimento Gurgel, y, para esto, no hay instrumento mayor que el turismo, con el cual se aprende a admirar el progreso ajeno y se entablan verdaderas amistades.

En este terreno, Córdoba es realmente una de las regiones que nos brinda más atractivos; allí está gozando de una vitalidad siempre renovada, la Universidad más antigua de la América Austral, fundada por un brasileño.

Sus cercanías son encantadoras. El lago de S. Roque, cuya construcción fué una obra titánica llena de acontecimientos impresionantes; "El Zapato," curioso capricho de la naturaleza; las escarpadas montañas de granito que tanto han inspirado a los poetas; "Los cocos", con sus soberbias residencias; "La Falda", con su blanco

"Castillo", en fin, una serie de maravillosos lugares, unidos por magníficas carreteras.

Córdoba podría ser llamada —el parque de la fisiología, pues sus florestas están sembradas de sanatorios de modelos diferentes, iguales en la perfección, entre los cuales nos permitimos destacar el de Santa Marina, que es una verdadera ciudad de tuberculosos en cura, bajo los cuidados de un grupo de fisiólogos notables.

El de Ascochinga, recuerda mas una colonia de veraneo, con sus "bungalows" encantadores, en una naturaleza tranquila, con una cancha de golfo privilegiada.

En el centro está el Cárcere Allende, cuya fama Gumersindo Sayago llevó a través de las fronteras, como una de las más sólidas escuelas de fisiología del mundo.

En ese ambiente se realizará el congreso organizado por una comisión así constituida: Prof. Dr. Julio Palacios, Académico Dr. Alejandro A. Raimondi y Prof. Dr. Gumersindo Sayago. Su inicio será en Buenos Aires, continuará en una composición especial del ferrocarril y será encerrado en Córdoba.

La contribución de cada congresista es de 10 pesos, y de 5 pesos para los acompañantes.

Para mayores detalles e instrucciones sobre los temas oficiales, tamaños estipulados para los trabajos, etc., bien como informes sobre las rebajas de pasaje, etc., deben los interesados dirigirse a la mayor brevedad posible, al Prof. Gumersindo Sayago, 9 de Julio 691, Córdoba, R. Argentina, o al Dr. Raul Denis, Pasteur, 346, Buenos Aires, R. Argentina.



SOLUCION DE SALICILATO DE SODA MARIN

PRODUCTO FARMACEUTICO FABRICADO EN PUERTO RICO QUE
ESTA SIENDO USADO POR LA CLASE MEDICA POR LAS RAZONES
SIGUIENTES:

- 1—SU CALIDAD INSUPERABLE.
- 2—NITIDEZ EN SU PRESENTACION.
- 3—PRECIO AL CONSUMIDOR UN 50% DEL IMPOR-
TADO.
- 4—AL PREFERIR PRODUCTOS DEL PAIS AYUDA
A LEVANTAR EL STANDARD FARMACEUTICO
DE PUERTO RICO.

EN IGUALDAD DE CONDICIONES PROTEJA LO NUESTRO

MANUEL MARIN CO. INC.

DIVISION

PRODUCTOS MEDICINALES
MAYAGUEZ, PUERTO RICO



“NUNCA EXPRIMA UN DIVIESO”

es una buena terapéutica

APLIQUESE SIEMPRE ANTIPHLOGISTINE

es también una buena terapéutica

En DIVIESOS, CARBUNCLOS y FURUNCULOS, la Antiphlogistine es una valiosa cataplasma medicada y apósito quirúrgico con cualidades calmantes, descongestivas, bacteriostáticas y analgésicas.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NUEVA YORK, E. U. A.

Francisco Garratón, S. en C.

P. O. Box 1541 -- San Juan, P. R.

COLE'S POSTA-COLE

EN LAS AFECCIONES GENITO-URINARIAS

Posta-Cole ha probado ser de gran utilidad en el tratamiento de varias condiciones génito-uritarias, particularmente las asociadas con dolor y micción frecuente. Cada tableta contiene $\frac{1}{8}$ gr. de extracto de Hiosciam; $\frac{1}{8}$ gr. de extracto Triticum; $\frac{1}{8}$ gr. de extracto de equinácea; $\frac{1}{8}$ gr. de sulfato de cromo; y $\frac{1}{4}$ gr. de arbutina. Posta-Cole ejerce una acción diurética, narcótica y antiséptica sobre el tracto urinario. El Hiosciam contenido es un sedativo y antiespasmódico efectivo en el sistema urinario, evitando el espasmo de la vesícula y del cuello de la vejiga. Como resultado de esto, el malestar producido por los síntomas de urgencia, frecuencia y disuria es aliviado o evitado por completo.

Posta-Cole puede usarse favorablemente en el tratamiento de la gonorrea — en su estado crónico y sub-agudo — en la prostatitis y cistitis, también es de valor en las uretritis no específicas, así como también en la hipertrofia prostática.

COLE CHEMICAL CO.

ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donnell Núm. 12 — Apartado 1018 — San Juan, P. R.

NEO-CALGLUCON AMPULES

SAFE FOR INTRAGLUTEAL AND
INTRAVENOUS CALCIUM THERAPY

Neo-Calglucon ampules contain a stable solution of the highly soluble double salt calcium gluconogalactogluconate. More satisfactory than the unstable supersaturated solutions of calcium gluconate which they supersede.


SUPPLIED
Ampules of 5 cc. and 10 cc. in concentrations equivalent either to a 10% or 20% solution of calcium gluconate.

CALGLUCON TABLETS - GRANULES

FOR PALATABLE ORAL
CALCIUM THERAPY

Calglucon, the original high purity brand of calcium gluconate is the best known and most generally prescribed product for effective oral use of calcium. Palatable, and readily absorbed.

SUPPLIED
Chocolate flavored tablets, 1.5 Gm.
Effervescent tablets, 4 Gm.
Granular Powder



SANDOZ

* Trade Mark

SANDOZ CHEMICAL WORKS, Inc., 61-63 Van Dam Street, New York, N. Y.

CALFO-RAYOL SQUIBB

CALCIO — FOSFORO — VITAMINA D

El calcio y el fósforo son elementos esenciales en la dieta de niños y adultos. La Vitamina D es necesaria para la utilización de estos elementos y contribuye a evitar las consecuencias de un posible desequilibrio causado por alimentación antojadiza o deficiente.

Una cantidad adecuada de calcio es muy importante durante la niñez, así como durante las crisis fisiológicas del embarazo y lactancia. La necesidad de calcio nunca cesa en la vida. El contenido mineral de los huesos no es estático, siendo constantemente "reabsorbido de la cavidad medular y depositado corticalmente. Una buena parte de la cal movilizada puede ser excretada. Para reemplazarla en el adulto, se calcula que debe tomar diariamente la mitad del calcio que requiere el niño durante el desarrollo."

El Calfo-Rayol suministra calcio y fósforo en proporciones científicamente equilibradas, y suficiente Vitamina D para asegurar la absorción de estos elementos.

Cada tableta contiene 0.6 grm. fosfato dicálcico, 0.4 grm. gluconato de calcio, y 660 unidades Vitamina D. Las tabletas tienen un delicado sabor a chocolate que no cansan ni fastidia al paciente; facilitan prolongada medicación. El Calfo-Rayol está indicado en la profilaxis y tratamiento de todos los casos que requieren calciterapia.

— Muestras y Literatura a Solicitud —

FRANCISCO GARRATON, S. EN C.

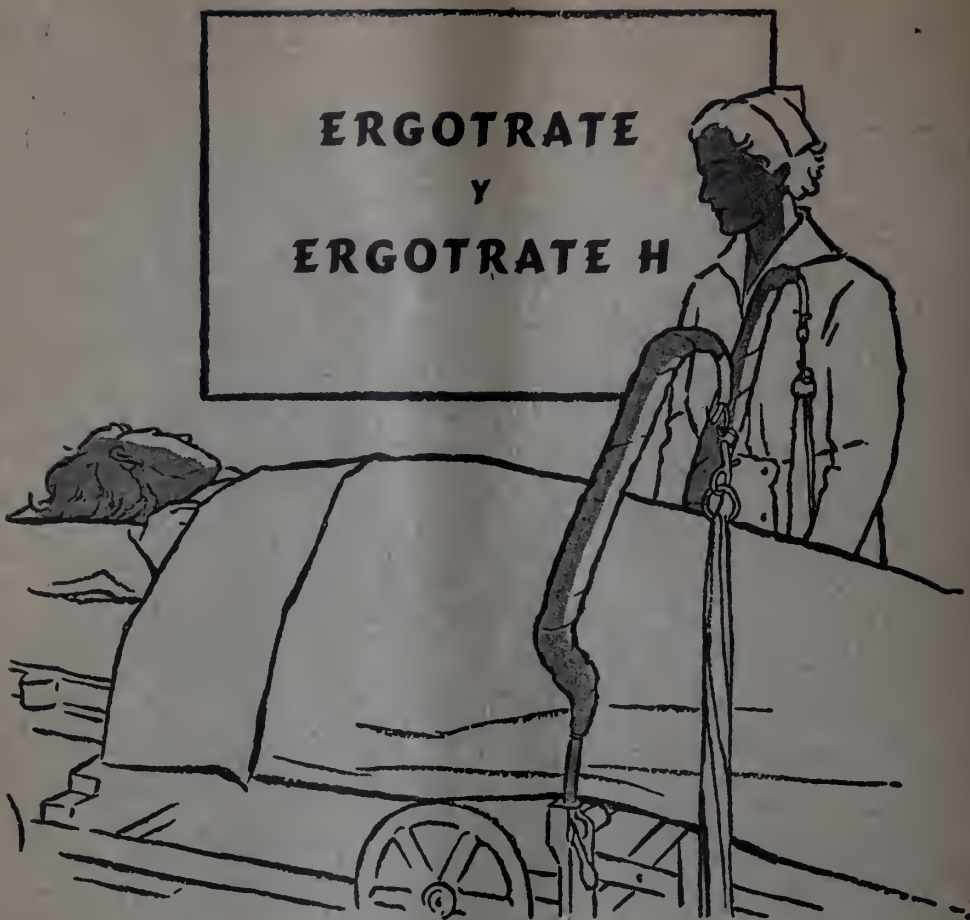
BOX 1541

— SAN JUAN, P. R.

INSIGNIAS DE MEDICO

Nuevamente tenemos en existencia las insignias para automóviles. Estos nuevos emblemas tienen el nombre de nuestra Asociación en español, y se venden al precio de \$2.50 cada uno.

Los compañeros asociados podrán obtenerlas en el edificio de la Asociación o por correo mediante el envío del importe de su orden.



LA BASE nueva del cornezuelo de centeno que se aisló recientemente en forma pura, proporciona toda la actividad terapéutica deseable del cornezuelo de centeno medicinal selecto.

Ámpulas 'Ergotrate H' (Hidrakilato de una Nueva Base del Cornezuelo de Centeno, Lilly), para uso parenteral. La solución es permanente y estable. La inyección intravenosa es seguida en el acto de contracciones uterinas.

Tabletas 'Ergotrate' (Maleato de una Nueva Base del Cornezuelo de Centeno, Lilly), para uso oral. La absorción por el estómago es rápida y el efecto ocitócico es bien sostenido.

Estos productos se indican para cohibir la hemorragia postpartum y promover la involución uterina. Las Ámpulas 'Ergotrate H' y las Tabletas 'Ergotrate' se venden por conducto de las farmacias y droguerías.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

Año XXXII

JUNIO, 1940

Número 6

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



Página

Sprue in the Puerto Rican Indigent, R. Rodríguez Molina, M. D., San Juan, P. R.	187
Is there Brill's Disease in Puerto Rico?, Juan A. Pons, M. D., San Juan, P. R.	196
Acute Appendicitis in the Aged, J. Noya Benítez, M. D., Santurce, P. R.	202
Newer Aspects in Nutrition during Pregnancy, Eva Dodge, M. D., Montgomery, Alabama	206
Congenital Bilateral Anophthalmus, — Report of a Case, César Domínguez, M. D., Humacao, P. R.	212
EDITORIALES	
El Servicio Militar Médico y nuestro Delegado a la A. M. A.	214
Aclarando hechos	215
Honor extendido a nuestro Presidente	217
Drogas Peligrosas	218
Noticias Médico - Sociales	220
Publicaciones recibidas	223

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

TIPOGRAFIA SAN JUAN

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol	0,125	grs.
Extracto de malta	16,000	"
Hipof. de manganeso	0,036	"
" " calcio	0,036	"
" " quinina	0,014	"
" " estrienina	0,004	"
" " potasio	0,052	"
Jarabe de cacao	30,000	"
Ext. fluido de naranjas amargas	1,000	"
V. c. s. para 100 cc. de producto.		

ANDROMACHUS CORPORATION
LONG ISLAND CITY, NEW YORK

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donnell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

DRENOBIL

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

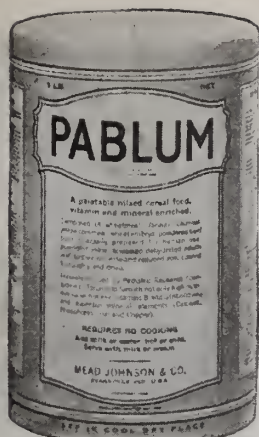
Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

Distribuidor Exclusivo:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donnell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.



PABLUM is Richer than any of these Vegetables in IRON and CALCIUM

1 oz. of Pablum contains 221 mg. Ca, 8.5 mg. Fe—So absorptive is Pablum that when mixed to the consistency of ordinary hot cooked cereals it holds 7 times its weight in milk—before being served with milk or cream. Hence an ounce serving of Pablum thus mixed with milk adds at least .53 Gm. calcium to the diet.



Peas

1/17 as much Fe,
1/27 as much Ca
as PABLUM

	Mg. per Oz.	
	Iron	Calcium
PABLUM	8.5	221.0
Beets	0.67	6.8
Carrots	0.17	13.1
Peas	0.50	8.0
Spinach	0.70	21.8
String Beans	0.27	14.2
Tomatoes	0.12	3.1

Tomatoes

1/70 as much Fe,
1/71 as much Ca
as PABLUM



Carrots

1/50 as much Fe,
1/17 as much Ca
as PABLUM

NOT only does Pablum have a higher iron and calcium content than vegetables but, most important, clinical studies of children have demonstrated that in Pablum these minerals are in available form. Investigations by Stearns and Stinger, Schlutz, and Cowgill show that even such an iron-rich vegetable as spinach did not increase iron storage in the body, in fact, caused a loss in some instances. A factor responsible for this difference may be the higher content of *soluble* iron in Pablum—7.8 mg. per oz. Then, too, the water in which Pablum is cooked (by a patented process) is dried with it, whereas the cooking water of vegetables is usually discarded, with its valuable content of minerals and vitamins. Stearns reports difficulty in feeding spinach in sufficient quantities to affect the iron balance of children. Spinach and other highly flavored vegetables are often difficult to feed. Pablum, on the other hand, is a palatable cereal that can be fed as early as the third month, and for older children it can be varied in dozens of appetizing dishes. Recipes and samples available on request of physicians.

Pablum consists of wheatmeal (farina), oatmeal, wheat embryo, cornmeal, beef bone, brewers yeast, alfalfa leaf, sodium chloride and reduced iron

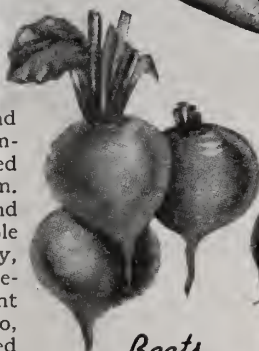
MEAD JOHNSON & COMPANY

EVANSVILLE, INDIANA, U.S.A.

P. O. Box No. 3081, San Juan

Spinach

1/12 as much Fe,
1/10 as much Ca
as PABLUM



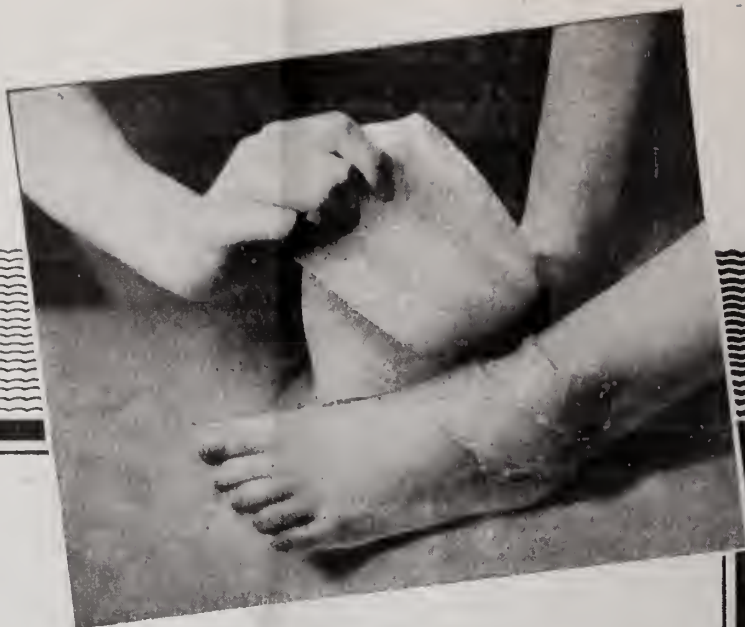
Beets

1/12 as much Fe,
1/32 as much Ca
as PABLUM



String Beans

1/31 as much Fe,
1/15 as much Ca
as PABLUM



UN MÉTODO ENDÉRMICO PARA OBTENER ALIVIO

En condiciones congestivas e inflamatorias—forunculosis, inflamación glandular, contusiones y torceduras, como también en afecciones respiratorias y del pecho—el emplasto Numotizine ayuda a producir alivio de dos maneras: primera, por su acción local anodina-descongestiva. Segunda: por el efecto sistémico del guayacol y la creosota.

Su base de caolín permite la absorción lenta y uniforme de los agentes antifebriles que contiene. Por consiguiente no hay choque sino un efecto terapéutico gradual y constante.

NUMOTIZINE, INC.

900 N. Franklin Street

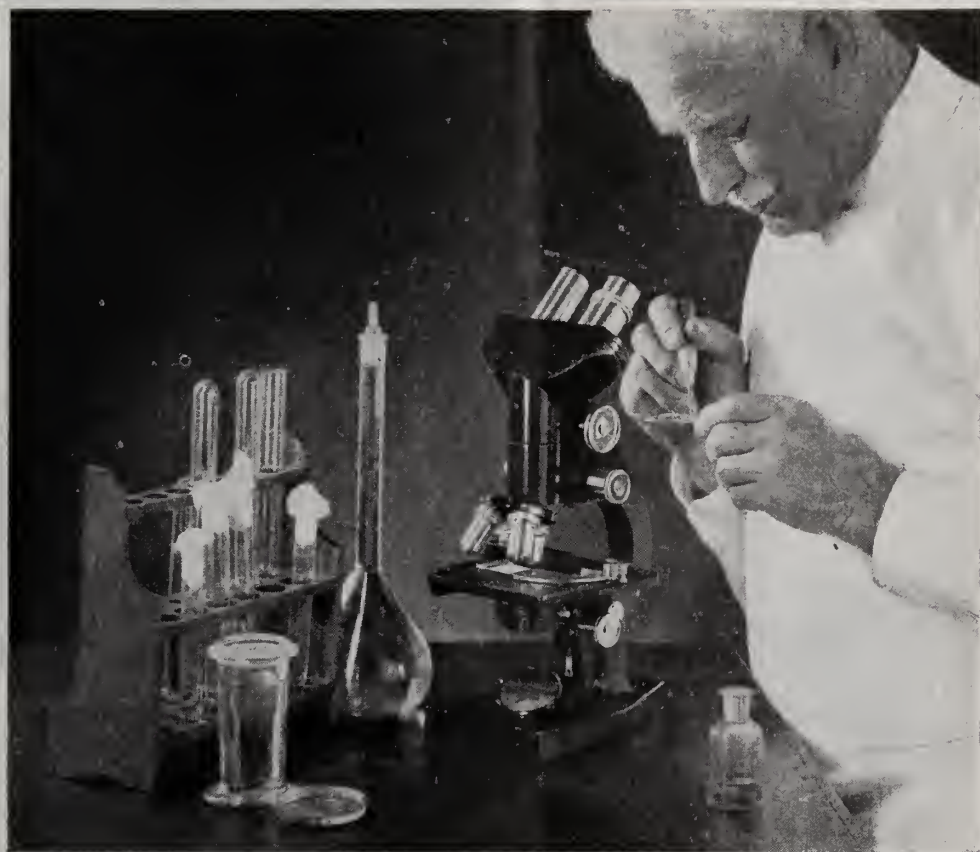
Chicago, Illinois, E. U. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

CASTAGNET & CASTILLO COMPAÑIA

TANCA NO. 1

SAN JUAN, P. R.



SIRVIENDO A LA HUMANIDAD

El Microscopio Médico (Modelo HREAT), ilustrado, es típico de los instrumentos ópticos científicos manufacturados por Bausch & Lomb. Este finísimo instrumento se encontrará con gran frecuencia en los campos de investigación médica tanto en los laboratorios de los principales hospitales del mundo como en los laboratorios comerciales e industriales —donde la ciencia desarrolla mejoras importantes tanto en los procedimientos como en los productos.

El nombre de Bausch & Lomb en un microscopio, colorímetro, espectrógrafo, o en cualquiera de los muchos instrumentos ópticos científicos manufacturados por esta fábrica, garantiza a quienes los usan que para el fin a que se destinan no existen otros instrumentos más perfectos.

A petición suministraremos catálogos ilustrados sobre cualquiera de nuestros productos.

Agentes: H. V. GROSCH CO. — Calle Comercio No. 21
San Juan, Puerto Rico.

BAUSCH & LOMB OPTICAL CO.

ROCHESTER, N. Y.

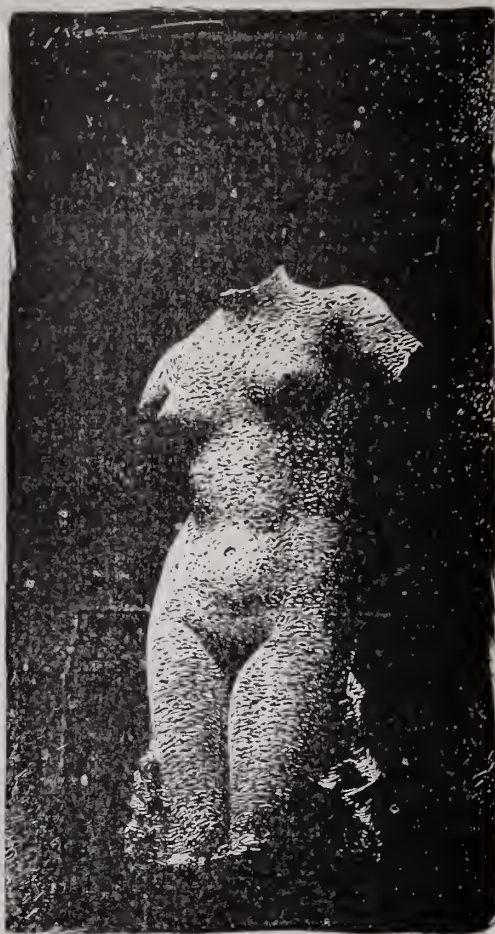
U.S.A.

Bausch & Lomb

PICRATOL

(Pierato de Plata)

de Wyeth

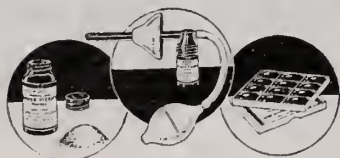


TRATAMIENTO EFICAZ PARA LA VAGINITIS POR TRICOMONAS

Dos insuflaciones con Polvo Compuesto Picratol (Pierato de Plata) de Wyeth, en conjunción con el uso en casa de doce Ovulos Vaginales Picratol (Pierato de Plata) de Wyeth, causan de ordinario la completa remisión de los síntomas de la vaginitis por tricomonas, eliminando los organismos que hayan en el frotis.

Los médicos encuentran que el Picratol (Pierato de Plata) es fácil de usar en sus consultorios—es sencillo y eficaz para las leucorreas no-específicas.

El Picratol (Pierato de Plata) de Wyeth ha sido aprobado por la Junta de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana.



JOHN WYETH & BROTHER
INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., U. S. A.
LONDRES WALKERVILLE SYDNEY

KAOMAGMA

CORTA LA DIARREA

KAOMAGMA detiene la deshidratación, calma la mucosa inflamada y suprime las causas de muchas diarreas, adsorbiendo las toxinas irritantes, gases y exceso de mucus.

KAOMAGMA es el único adsorbente de caolín e hidróxido de aluminio obtenible en forma fluida.

KAOMAGMA se mezcla fácilmente con el contenido intestinal, ejerciendo su acción terapéutica completa sin causar concreciones.

Recete KAOMAGMA para obtener rápido alivio sintomático de las diarreas, colitis y trastornos intestinales relacionados con ambas.



JOHN WYETH & BROTHER, INC.
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

LONDRES, INGLATERRA—WALKERVILLE, CANADA—SYDNEY AUSTRALIA

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

KAOMAGMA

Adsorbe Las Toxinas Intestinales
Calma La Mucosa Inflamada
Detiene La Deshidratación
Corta La Diarrea

- **Indicado en el Tratamiento de Toxemias Intestinales**
- **Botulismo**
- **Diarrea**
- **Colitis**

Y OTROS ESTADOS CARACTERIZADOS POR
TRASTORNOS DE LAS VÍAS DIGESTIVAS.

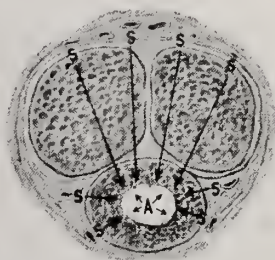
Dos Tipos: {KAOMAGMA Simple
{KAOMAGMA con Aceite Mineral

Para la GONORREA

ARGYROL

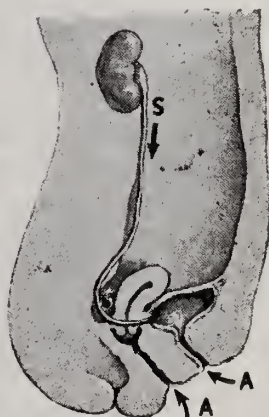
La aplicación local más el tratamiento sistemático es importante.

EN EL HOMBRE — El Argyrol puede usarse para atacar organismos en forma de tiras o pedazos adheridos a la superficie uteral mucosa. El Sulfanilamide torna antibacterios a los tejidos alrededor. El tratamiento combinado, ilustrado esquemáticamente en esta sección del útero, ha demostrado ser muy eficaz.



EN LA MUJER — La cerviz uterina y otros puntos en que puede colectarse la bacteria no están en el área que el sulfanilamide rinde antibacterioso. La aplicación tópica de Argyrol, más el uso sistemático del Sulfanilamide, asegura la bacteriostasis más eficaz en la región genito-urinaria.

Se ha observado que los mejores resultados se obtienen cuando se emplea un tratamiento combinado, es decir, el uso sistemático de sulfanilamide más la aplicación local de Argyrol. Al explicar esto, Ballenger* et al establecen la teoría de que sulfanilamide en la sangre puede que no llegue a alcanzar organismos adheridos a superficie mucosas, o en tiras y en el pus. Argyrol aplicado en el lugar de la infección efectúa la bacteriostasis y aparentemente estimula la resistencia de los tejidos.



Para obtener estos excelentes resultados terapéuticos, es importante especificar el genuino Argyrol de Barnes. La subdivisión coloidal de Argyrol es más fina, su movimiento Browniano es más activo, su pH y pA9 son regulados cuidadosamente. Especifique siempre Argyrol genuino de Barnes.

Para seguridad... especifique siempre Argyrol

A. C. BARNES COMPANY, INC.

New Brunswick, N. J., E. U. A.

Por 38 años, únicos fabricantes de Argyrol y Otoferrin
Argyrol es una marca registrada, propiedad de

A. C. BARNES CO., INC.



*Ballenger E. C.; Elder, O. F.; McDonald, H. P.; Coleman, R. C.;
So. Surgeon, VII, 3, PP. 204-219.

OBSEQUIO DE LA FARMACIA BLANCO

Cooperando con la Clase Médica por Sesenta Años

Advertencias Útiles para la Salud

Consulte al médico tan pronto se sienta enfermo. Casi todas las enfermedades atendidas a tiempo son curables.

Un examen médico anual o cada seis meses incluyendo otro examen por el dentista pueden proteger grandemente la salud.

No debe hacer caso de anuncios de medicamentos por profusos e insistentes que ellos sean si esos medicamentos no son prescritos por un médico, ni tomar productos glandulares o vitaminas si no son asimismo prescritos.

No se diagnostique ni permita que profanos le diagnostiquen; el médico es el que sabe diagnosticar.

El farmacéutico no debe recetar. No es su misión, ni está preparado para ello.

No se pregunte al farmacéutico lo que contiene la medicina prescrita por el médico, ni para qué sirve, pues él no debe decirlo.

Interésese por el estado sanitario de la población donde viva, coopere con las medidas públicas para reducir la mortalidad. Al público le concierne directamente que los encargados de la salud y limpieza públicas insulares y municipales, cumplan bien su cometido. No se repare en un presupuesto alto para Sanidad Pública si está bien administrado.

Procúrese que el servicio de la casa o los empleados de los establecimientos con quienes estemos en íntimo contacto gocen de buena salud y estén bien alimentados. Este asunto es importante, pues, protegiéndolos a ellos está protegido todo el mundo. Patrocínense establecimientos que le ofrezcan garantía absoluta de higiene y limpieza, para comprar medicinas y alimentos.

Si alguien ha sufrido en la casa u oficina de tifoidea o difteria cerciórese antes de reincorporarlo al servicio que no sea *portador* de la dolencia.

Evítese el polvo al barrer. No se permita que escupan en el piso.

Evítense ruidos innecesarios porque quebrantan el sistema nervioso.

Una buena salud empieza a cultivarse en los individuos desde antes de nacer. Buena alimentación bien equilibrada no cuesta mucho dinero; no todo lo que se anuncia es el mejor alimento. El médico puede dar un buen plan dietético de acuerdo con las condiciones de cada cual.

Si le interesan estas advertencias procure las anteriores en cualquiera de nuestras farmacias, en San Juan o en Santurce.

Las evidencias clínicas hoy sugieren—

SULFAPIRIDINA

para las infecciones gonocócicas

DESDE EL ADVENIMIENTO de las sulfonamidas, estos derivados han sido frecuentemente ensayados en el tratamiento de la gonorrea. Las investigaciones clínicas recientes mundiales indican la Sulfapiridina como eficaz agente quimioterapéutico en las infecciones gonocócicas agudas y crónicas.

Un sumario general de lo publicado sobre el tema parece indicar que la Sulfapiridina es

- eficaz en un gran número de casos;
- eficaz en ciertos casos que no responden a otros derivados de las sulfonamidas,
- eficaz en arrestar las complicaciones.

Literatura a solicitud

LEDERLE LABORATORIES CO.

76 CALLE SALVADOR BRAU

SAN JUAN



INCREASING clinical experience indicates that Korotrin—the anterior pituitary-like hormone—is of value in various conditions due to underactivity of ovarian functions or to underdevelopment of the female genital organs. These comprise chiefly cases of oligomenorrhea, amenorrhea, sterility, infantilism, menorrhagia and dysmenorrhea. Korotrin is standardized in rat units and is available in *stable* form. In addition to the 1000 unit package a 5,000 unit package is also available. Both are supplied with the necessary amount of sterile distilled water so that fresh solutions of the required dosages are readily prepared.

Korotrin is also supplied in ampules of 100 and 500 rat units. For oral administration Tablets of 150 rats units, bottles of 20.

Pamphlet containing detailed discussion sent to physicians on request

KOROTRIN

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of CHORIONIC GONADOTROPIN

(Formerly ANTOPHYSIN)

Anterior Pituitary-Like Hormone

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician
NEW YORK, N. Y. WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y. - Windsor, Ont.

SAMPLES AND LITERATURE ON REQUEST

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

21 Comercio St., P. O. Box 402, San Juan, P. R.



ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

CÁMARA DE DELEGADOS

Año 1940

Directiva

Dr. O. Costa Maudry
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. David E. García
Dr. Miguel F. Godreau

Consejo

Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. R. Mejía Ruiz

SAN JUAN

Dr. Luis M. Morales
Dr. José S. Belaval
Dr. J. Noya Benítez
Dr. P. Morales Otero
Dr. E. García Cabrera

Dr. C. E. Muñoz MacCormick
Dr. M. Pavía Fernández
Dr. M. Rodríguez Ema
Dr. Juan A. Pons
Dr. Luis J. Fernández
Dr. R. Ruiz Nazario

PONCE

Dr. William R. Gelpí
Dr. Lorenzo Balasquide

Dr. Pedro A. Castaing
Dr. José N. Gándara

MAYAGUEZ

Dr. Domingo Nochera
Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Nelson Perea
Dr. Laureano Trelles

GUAYAMA

Dr. Severo Torruellas
Dr. Antonio Franceschi

Dr. Juan Mimoso
Dr. Hilton López

HUMACAO

Dr. Jeramfel Cordero
Dr. César Domínguez

Dra. Carmen Troche de Mejía
Dr. Víctor Skerrett

ARECIBO

Dr. Rafael Rivera Aulet

Dr. Miguel E. Sala
Dr. Antonio Marchany

AGUADILLA

Dr. Gregorio Igartúa

Dr. Francisco Márquez
Dr. Néstor Cardona Quiñones

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

JUNIO, 1940.

Número 6

SPRUE IN THE PUERTO RICAN INDIGENT*

R. RODRIGUEZ MOLINA, M.D., F.A.C.P.

School of Tropical Medicine

San Juan, P. R.

Sprue is found in certain regions of the tropics and sub-tropics. It was first described in 1669 by Katelear, but William Hillary's description of the disease as he observed it in the island of Barbados in 1759 is better known. Over a century later van der Berg and Patrick Manson described the condition in the East Indies and in China, but it was not until 1908 that Ashford called attention to its existence in Puerto Rico and in the American Tropics. Since then, the sprue syndrome has occupied a position of distinction in the medical history of the Island. Along with the pioneer work of Ashford, Serra, Jenaro Suárez, Ramón Suárez, Hernández, R. Rodríguez Ollerós, Pons, Koppisch, Castle and Rhoads have made important contributions.

Sprue is a chronic, wasting disease which, in the light of modern science may be classified among the deficiency states.

In the earlier writings great importance was ascribed to the differential diagnosis between sprue and Addisonian or pernicious anemia of temperate climates. Mainly through the work of Castle and associates we now consider these conditions closely related in etiology, symptomatology and treatment.

Let us now quote the words of Ashford on what is to be considered a typical picture

of this condition:

"Imagine a rosy-cheeked, athletic young American girl, fresh from one of the great universities. She weights 135 lbs., is 66 inches tall and can trim set after set of tennis from you, Madam, after she has already carried you, Sir, in for five full sets. She has come to Puerto Rico to teach school for a couple of years in order to learn Spanish.

One day she is missing from her classroom and you saunter over to ask what is the matter. She doesn't like to say—she is sick. What has happened is that she has had a furious diarrhea following a cake party the night before. But she doesn't get well in a few days. The diarrhea settles down to a steady flux with evil-odored movements, not so many, but enormously large, with huge amounts of gas. There is no blood, no mucus, no straining. She goes back to her school but you notice that she fails to play tennis when four o'clock comes around. She goes home, takes a book and lies down.

A couple of months pass by and she calls her doctor. He is shocked to find that she weights but 105 lbs., that her rosy cheeks have gone and are replaced by a sallow, yellow, wax-like color. She has a haggard, drawn expression and states she is so weak she can hardly crawl

* Lecture delivered at the School of Tropical Medicine May 9, 1940.

about. She is suffering from a fiery red, raw tongue, a burning in the pit of her stomach, complete loss of appetite, bloating from intestinal gas, and a white, foamy diarrhea. Her nerves are shattered, she is sleepless, and her muscles are sore and aching. The least exertion gives her palpitations of the heart and she has lost her high spirits, her good memory and her better humor. Moreover, she has numbness in fingers and toes and she wakes at night with cramps in the legs.

She disappears for a couple of months more and you look her up. She is now crawling about, a mere shadow of her former self. Her friends no longer recognize her. Her weight has descended to 80 lbs. Her complexion has become dark and her skin is symmetrically pigmented with brown stains over forehead, cheeks, arms and back. Her eyes are sunken and have lost their light. But above all, she has a deathly look and she tells you that her new doctor has found a serious anemia with but one fourth of her normal blood values. All the former symptoms are exaggerated: the tongue is like a bit of raw beef and eating, even the swallowing of saliva, is painful.

Her days in the tropics are numbered. Boforo long she returns North — there, nine times out of ten, to be incorrectly diagnosed, and to die of "Tropical Diarrhea" or pernicious anemia or some other disease invented for the occasion and circumstances."

Such is the classic description of the sprue syndrome that now, as thirty and more years ago, attacks the school teacher from New York or Kansas, the recently arrived interne, the business man or university professor. But it also selects its victims from among those born in Puerto Ri-

co, the well-to-do as well as the poor and destitute. Ashford believed sprue to be the anemia of the better classes, just as hookworm was the anemia of the poor and underprivileged. We know now that sprue makes no discrimination of the economic status of those affected.

It is our purpose tonight, Ladies and Gentlemen, to present to you some of the most important clinical observations that we have obtained in the study of a group of one hundred individuals with sprue, during the past nine years. A few of them were under the care of Dr. Ashford, and later were passed on to us. All persons were classified as indigent or poor, and were observed either at the clinic or in the wards of the University Hospital of the School of Tropical Medicine. As far as we know, 98 individuals were natives of Puerto Rico of either Spanish or colored extraction, and of the remaining two, one was a male Venezuelan mulatto and the other a continental American who had resided on this Island several years before the onset of sprue. There were 57 males and 43 females, ranging from 12 to 78 years of age, the mean age for the group being 40.14 years. There were 87 whites and 13 colored individuals, among which 2 full-blooded negroes are included, the others in the group being mulattoes.

We wish to make clear that this group represents *uncomplicated sprue*, no fewer than 25 case histories having been discarded because of other complicating entities which were thought to modify the clinical picture of sprue were present. Notably among these were syphilis, chronic cholecystitis and tuberculosis. Sixteen percent of the group studied harbored intestinal parasites, mainly hookworm, strongyloides, ascaris and whipworm. Intestinal parasitism, in our opinion, however, is not significant in altering the clinical pattern of sprue.

SYMPTOMS AND SIGNS

Ninety-seven percent of the individuals in our group complained of gastro-intestinal disturbances which we have grouped under the term dyspepsia. In the order of their frequency it included gaseous abdominal distention, epigastric distress, heartburn, abdominal discomfort and pain following ingestion of food. In over 90% of the cases, diarrhea, loss of weight, soreness of mouth and tongue, carbohydrate and fat intolerance, asthenia, weakness or prostration and anorexia occurred.

As a rule, dyspepsia appears early and does not necessarily follow a dietary indiscretion or alcoholic abuse. Flatulence, eructation, heartburn, are made worse by ingestion of rice and beans, cereals, bread, potatoes or fried foods. Curiously enough, such articles of diet are not excluded from the menu until later, when the mouth and tongue are too inflamed and sore to tolerate even water. Indigestion may persist for months before other more aggravating and bothersome symptoms prevail, but soreness of the tongue and mouth accompanied by looseness of the bowels appears in the picture after two or more months dyspepsia. Watery, copious, frothy stools, not necessarily grayish or light colored, which may or not be ushered by tenesmus or cramp-like pains soon dominate the picture. Blood and mucus are reported in some instances. Movements are almost constantly preceded by an imperative desire to go to stool. The frequency of movements is quite variable, but the number of stools occurring during the day is by far much higher than those taking place at night. One to three movements before breakfast in the early hours of the morning is characteristic. As diarrhoeic stools are precipitated by ingestion of food, particularly in the solid state, the patient is afraid

to eat. He soon loses appetite and is repelled by food. Soreness of tongue and of mouth complicate the picture, and from there on loss of weight and strength are rapid. A loss of 50 lbs. in four to six months in a person normally weighing 120-130 lbs. is not infrequent.

We have already stated that sprue is a chronic condition. The mean duration of symptoms in our group was one year and seven months before medical attention was sought. In some individuals an acute, explosive picture with classical features occurred in two months, while others suffered for several years and lingered on at a low threshold of health under self-medication before diagnosis was established. In this connection it may be stated that weakness and prostration are certainly not necessarily correlated with intensity of anemia. Often we have been misled by the apparent strength and activity of the patient who is going about with a red cell count of 1,000,000.

Other important signs besides the anemia which were observed in the group studied were atrophic glossitis and stomatitis, free hydrochloric acid, malnutrition, emaciation or cachexia, pallor and skin changes. These physical signs were encountered in over 60% of individuals.

BLOOD PICTURE IN SPRUE

A study of the blood was performed in all individuals before treatment. Ninety-five persons showed a red cell count below 4,000,000 per c.mm. while in 51 only was the hemoglobin below 10.3 gms. (70%). Normal values for hemoglobin and red cells were observed in none.

The intensity of anemia for the entire group was considered marked, the mean erythrocyte count being 2,510,000 per c.mm. and the mean hemoglobin 9.77 gms. or

67.5%. A macrocytic type of anemia was found in 90% of the cases, normocytic in 7, simple microcytic in 1% and hypochromic in 2%.

Examination of stained smears revealed nucleated red cells, anisocytosis, poikilocytosis, macrocytes, microcytes, hypochromia, polychromophilia, basophilic stippling, Howell Jolly bodies and Cabot's ring bodies. The mean leucocyte count was 4,960 cells. Leukopenia was present in 56 individuals. Relative leucocytosis was observed in only 34%.

Morphological abnormalities in the granular leucocytes such as vacuolated neutrophilic metamyelocytes with cytoplasmic basophilia, giant staff cells with broad, tortuous pyknotic nuclei and pernicious anemia neutrophils, or macropolycytes, were observed in some instances.

The mean reticulocyte count was 1.8%. A reduction in the number of platelets was observed, the mean count being 142,000 per cubic mm.

In our opinion, the peripheral blood picture in sprue and Addisonian anemia are indistinguishable. The blood picture in sprue reflects not only a disturbance of the hemoglobiniferous cells of the marrow, but also that of the white cells and platelets. An involvement of the entire marrow or pancytopenia seems to have taken place.

DIAGNOSIS IN SPRUE

The symptomatology of sprue resembles in a qualitative way that of Addisonian, or pernicious anemia, in that gastro-intestinal abnormalities, anemia and neural manifestations are encountered. The emphasis on these symptoms is, however, very differently placed. The observations in the individuals studied by us, confirm the statements of others that the outstanding manifestations of the disease *other than the anemia* are ref-

erable to the tongue and the gastro-intestinal tract. Symptoms and signs referable to the spinal cord and peripheral nerves are found in only a small percentage of cases. In our opinion, the anemia in sprue is not only another manifestation as in pernicious anemia, but it may also appear early, coincident with the gastro-intestinal manifestations.

The diagnosis of sprue was comparatively easy in the group under study, as in the majority of instances a correct diagnosis was established from the chief complaint alone. On the other hand, the group comprised a particular type of patient in whom the classical features of the disease were in full bloom at the time the person affected sought or encountered medical attention.

In recent years, the widespread and indiscriminate use and abuse of the liver extract by the laity may, and in our personal experience has, masked the clinical and hematologic picture in some cases of sprue.

TREATMENT

Although as early as 1885 Patrick Manson in China recommended liver soup to his sprue patients, it was not until 1931 that as a result of Murphy and Minot's work on pernicious anemia and of Castle's investigation on sprue in Puerto Rico, that the parenteral use of liver extracts in sprue became widespread. Castle and Rhoads administered the first injections of liver extract at the Presbyterian and University Hospitals. Liver extract for intramuscular injection prepared by the method originally suggested by Castle has been employed as the treatment of choice in the present group of sprue cases. The liver extract now in use at the University Hospital is still prepared according to this method. Prior to the appearance of liver therapy in the treatment of sprue, dietary measures were

of extreme importance. The diet recommended by Ashford in Puerto Rico is one high in proteins and vitamins; low in fat and carbohydrates. In practice, however, carbohydrates are included in fair amounts together with meat, eggs and green vegetables, but the carbohydrates are of local source, such as yautías, ñames, plátanos and bananas. For some unknown reason, these foods having a high starchy content are tolerated and absorbed in the sprue patient.

Of course, this sprue diet is too expensive for the indigent sick and, in addition, requires a method of preparation other than the customary "caldero" and frying pan, which is all many patients can afford.

In a general way, those individuals who have followed a dietary régime in addition to liver therapy, have recovered sooner and certainly the relief of gastro-intestinal symptoms has been quicker and more lasting than those who have received liver extract alone.

As to drugs taken by mouth, we have employed but few, and some of those were first suggested by Ashford — S. H. P., a so-called digestant, containing dilute hydrochloric acid, pepsin, small amount of strychnine and another preparation, O.B.C., with tincture of opium, calcium and bismuth subnitrates, is used for the diarrhea. Hydrochloric acid and pepsin have also been used.

Now, what is the effect of adequate amounts of liver extract on the individual with sprue?

During the first few days after treatment has begun, and usually preceding the peak of the reticulocyte rise, little evidence of clinical improvement appears, and often the patient's condition seems less satisfactory than before. At about the time that the reticulocytes have reached their peak (5 to 12 days) there is likely to be a striking

change for the better. A feeling of intense well-being ensues; the appetite improves; suddenly the strength returns and the depressed or irritable state of the patient rapidly changes to an agreeable and cheerful one. During the next few days, as hunger increases, the tongue begins to be covered with papillae and to appear less red and inflamed. Gastro-intestinal disturbances begin to subside, the number of stools decreases and their character improves.

The speed with which this most striking change in the patient's condition takes place, is hardly paralleled by the treatment of any other disease state. However, the rapid effect of liver extract on the patient with sprue should not convey the impression that the treatment of this condition is of short duration. While 15% of the cases were discharged improved within 6 months after the institution of treatment *the average duration was three years*. One individual has received treatment off and on for nine years, while three others, all under twenty years of age, recovered fully by the end of two months. It is our opinion that in a group of indigent patients, the duration of treatment is necessarily longer. The regular and persistent administration of liver extract is practically impossible for many individuals because of their precarious economic condition, for often even bus fare is lacking to convey them to the University Hospital. Inability to follow sprue diet during exacerbations or relapses is another drawback frequently encountered.

PROGNOSIS

In the average patient of this group, the prognosis was good. One death occurred: a white male aged 56, hospitalized in the state of sprue cachexia and marked prostration. Such practically hopeless cases with the capacity for absorption totally

destroyed were fortunately very few. The impression that sprue is necessarily a fatal disease is by no means true. The prognosis depends on the age of the patient. The outlook for those below 40 is distinctly good, but by no means favorable in persons of either sex over 50 years of age. However bad the symptoms may be, the patient, if under middle age, can be assured of a permanent restoration of health if proper treatment is instituted.

Liver treatment of sprue has done far more than merely prolong the lives of patients. It has restored their health and ability to work.

The average life duration of the patient with sprue before the introduction of liver therapy was estimated at about 2 years; therefore, the life span has already been increased by seven or eight years and, inasmuch as the weakness produced by the anemia and diarrhea are likely to limit the patient's economic efficiency, it is obvious that the lengthened life span is accompanied by an increase of useful activity for a similar period of years.

We believe that the life expectancy of a sprue patient who is receiving proper treatment, is that of the average person in the same age group.

DISCUSSION

It has been shown that 62 individuals of the group studied were discharged improved. We can assume that a good number of these have remained well after five years, for they have not returned to us. However, when we consider that about half of the patients were discharged improved, following a slowly developing poor, or just fair, response, one wonders why a greater number of patients are not receiving treatment at present. As already stated, we believe that the low economic status of

these patients and the lack of a balanced dietary have had a paramount influence in delaying or postponing complete recovery. It would appear that the liver extract administered in the Out-patient Department was just enough to compensate for the absence of an adequate diet and maintain the patients up and about at a low threshold of health and activity, yet it was insufficient to build up the blood values to normal levels. Complete recovery under such conditions seems too much to expect from this form of therapy, or from a hospital which cannot in other ways contribute to further the welfare of the indigent sick.

Now that analysis of the clinical picture and follow-up has been made, we shall discuss and attempt to explain the changes in the blood and gastro-intestinal tract in the light of what is now known of abnormal physiology.

Our good friends, the pathologists, have found few changes in sprue other than marked wasting of organs and tissues, a hyperplastic bone marrow, a fatty liver and atrophy with degeneration of the absorptive and secretory epithelium, with thinning out of the intestinal wall. These findings do not, in the opinion of some investigators, give a picture of the actual primary lesions of sprue. For this reason, pathological studies have so far failed to elucidate further the actual etiology of the disease. That atrophic changes other than on the tongue also occur in the living subject has been demonstrated by Rodríguez Olleros and Hernández Morales at this Clinic, who have found a generalized or a patchy atrophic gastritis and rectosigmoiditis. Hernández Morales and Noya observed at operation the intestinal wall of the ileum of a patient with acute sprue. The wall presented an edematous, grayish appearance, and the gut appeared unduly distended.

With these anatomical considerations in mind, we will now review briefly Castle's theory of the causation of pernicious anemia and sprue.

This investigator, in a series of experiments, demonstrated the absence in the gastric secretion of untreated patients with pernicious anemia of an essential constituent which was called the intrinsic factor. The gastric secretion of the normal individual was shown to be ineffective by itself, as was beef muscle (supplying the extrinsic factor) alone, or on administration to suitable patients with pernicious anemia. However, when the two substances were given together, increased blood formation and clinical improvement similar to that induced by liver were observed. It is therefore believed that Addisonian or pernicious anemia develops in individuals whose gastric juice does not contain any, or sufficient amounts, of the intrinsic factor to react effectively with the extrinsic factor present in the food, and thus produce the antianemic principle which in normal individuals is stored in the liver and other tissues. This substance permits normal bone marrow function, and so prevents development of anemia. We see, then, that pernicious anemia may develop from a lack of either the intrinsic or of the extrinsic factors — or from lack of both. Later, Castle considered the possibility that defects of intestinal absorption even in the presence of a normal gastric mechanism might lead to the development of pernicious anemia. Neither the intrinsic, nor the extrinsic factor, nor the antianemic substance present in liver has as yet been identified.

With regard to sprue, Castle believes that the causative effects are mainly of the dietary or extrinsic factor. This opinion correlates well with the existing evidence of dietary deficiency in many patients preceding the development of sprue, and with

the much lower incidence of achlorhydria in the patients with sprue than in pernicious anemia. In our opinion this view does not appear tenable in individuals who develop sprue in spite of a normal intake of food and vitamins. It does seem to us that a defect of intestinal absorption occurring in the intestinal tract in sprue, is more fitting with the course of events. Castle's explanation for the developments of a macrocytic hyperchromic anemia in sprue is convincing, but how about the derangement of the gastro-intestinal system which is much more marked in sprue than in pernicious anemia? Which are the conditions or factors that initiate the gastro-intestinal disturbances, the sore and inflamed tongue and mouth, the hypermotility of the intestinal tract, and the looseness of the bowels? These are questions which future research will have to answer. When 90% of the individuals studied by us present as chief complaint symptoms referable to the intestinal system, one must admit that derangement with dysfunction of such system is just as important and as distinct as is the presence of anemia.

The late Dr. Ashford from his wide clinical experience was led to believe that the character of the food in P. R. was one important predisposing factor to the bringing about of sprue. The widespread and daily consumption of greasy foods, such as fritters, fried meats, syrupy sweets and cereals, led to an irritability of the entire gastro-intestinal system which in due time was followed by dyspepsia and diarrhea. From our observations, we concur with this opinion.

Severe diarrhea, as occurs in sprue, interferes with the proper absorption of proteins, fats and carbohydrates. Thus, low sugar curves are found in sprue, and indications of disturbances of fat absorption are based upon the presence of split fats

in large amounts in the stools. In this connection the recent work at the Rockefeller Institute regarding the metabolism of fats in sprue is interesting. An absence of normal, increasing lipoids in the blood after a fat meal has been demonstrated in sprue, a sort of flat lipid curve. Under parenteral liver extract, however, post-absorptive levels of fat in the blood which approach normal were found. In other words, as diarrhea ceased on the parenteral administration of liver extract, it was associated with a normal amount of fat in the blood after the ingestion of a fat meal. This observation led Barker and Rhoads to believe that in sprue *the malabsorption of fats resulted in diarrhea* rather than was *diarrhea the cause of malabsorption*. This requires confirmation by other workers, but its significance in explaining the course of events in the natural history of sprue is indeed great. These observations suggest that not only induced remission in sprue is associated with a return of normal absorption of fats, but also that liver extract exerts a specific effect in converting the malabsorbing intestines to normal function. It seems probable that the effect is a direct one upon the intestinal wall. This assumption is strengthened by the work of Fairly, who states that the absorption of sugars from the intestinal tract is subnormal during relapse, but improves after treatment. Still another result of the diarrhea is dehydration which, in addition to starvation, seems to account for the rapid wasting seen in sprue.

As we come to the end of this presentation, we wish to emphasize the following: In analyzing from a practical viewpoint the salient clinical features of a group of individuals observed during the past nine years, we purposely have omitted for the sake of brevity, certain phases of the sprue problem. We refer to a discussion on the

differential diagnosis, particularly with reference to pernicious anemia. Such is not within the scope of this address. Likewise, studies on the urine, glucose tolerance, blood chemistry, basal metabolism, which have been performed on some patients, have not been included.

CONCLUSIONS

It is believed that the sprue syndrome is a condition of altered metabolism — that is, a deficiency state. The syndrome is characterized by its insidious onset, chronicity of symptoms and absence of spontaneous remissions. Bone marrow dysfunction and disorders of the gastro-intestinal tract comprise the outstanding manifestations. Dietary, defective in character and preparation, seems to originate an irritable state of the intestinal tract which, in due time, is associated with gastro-intestinal disturbances and inflammatory and, later, atrophic condition of the tongue, mouth, stomach and bowel, bringing about intestinal impermeability and diarrhea. This state of affairs appears responsible for the malabsorption of food products from the intestinal tract. Macrocytic anemia occurs and, in some instances, an iron deficiency is present also. That the condition of the gastrointestinal tract in a great number of sprue cases is a functional one and amenable to treatment, is proved by the dramatic effect of liver extract on the lingual and gastro-intestinal manifestations, as well as on the general condition of the patient, which is as striking as that which occurs in pernicious anemia. Liver therapy in sprue is followed by the same maturation of megaloblasts to normoblasts and restoration of normal morphology of the bone marrow as occurs in pernicious anemia.

The mean duration of treatment in the

group studied by us was three years.

The administration of adequate doses of liver extract, particularly by parenteral injection is fundamental in the treatment of sprue and its macrocytic anemia. The use of iron salts is indicated in some cases. It is felt that the use of the sprue diet, which procures assimilation of absorbable foods, is most helpful in bringing about a prompt relief of intestinal symptoms, particularly in advanced cases. This was proved to occur in hospitalized patients and in those fewer patients treated at the O. P. D. who were able to follow the diet, as compared to those who were unable to do so. As in the days before liver extract, diet alone will produce remission of symptoms in a longer period of time and in not too far advanced patients, but in individuals with sprue cachexia it often fails to control diarrhea and prevent death.

Fifty-three per cent of our individuals have apparently remained well over a period of five years after discharge. On the other hand, older individuals may require adequate amounts of liver for several years in order to maintain normal blood values, normal digestion and good health. A permanent cure in people past fifty is doubtful. Respiratory infections, pregnancy, inadequate diet and dietary indiscretions may bring about relapses.

We believe that liver extract accomplishes two distinct purposes in the treatment of sprue; first through the antianemic substance that restores bone marrow function and which, secondly, seems to act specifically on the inflamed or atrophic gastro-intestinal system. In a given individual the restorative powers of this substance do not necessarily run parallel.

There is certain evidence that the liver principle may act directly on the intestinal wall. Various workers have shown that the absorption of glucose and fat in cases of sprue is far better after treatment with liver extract than before such treatment. Liver principle can increase the permeability of the intestinal wall for certain necessary food substances. If this is so, we suggest an explanation of the mechanism of action of liver extract in sprue which is different from the generally accepted one. Instead of regarding the active principle of liver as supplying a building stone for the proper maturation of the red blood corpuscles, we believe the liver principle exerts its action on the intestinal wall, restoring its normal function and therefore allowing absorption and storage of the anti-anemic principle which results from the interaction of the extrinsic and intrinsic factors of Castle.

In closing these remarks, I wish once again to recall and bring to your attention the memory of our own Doctor Ashford and his contribution to sprue. For over twenty years he stood practically alone for the recognition of this condition both here in Puerto Rico and in the United States. The questioning of his theories from here and abroad served but to stimulate his interest and perseverance. His precise and keen clinical observations expressed in such clear and vivid language offer a variety of workable ideas and a challenge to the young medical men of Puerto Rico, for, while his researches into the etiology of the syndrome may not have given us the final answer, today, thirty years after he first described sprue in this part of the world, there is yet much which remains unsolved.

IS THERE BRILL'S DISEASE IN PUERTO RICO?*

JUAN A. PONS, M.D., F.A.C.P.**

San Juan, P. R.

"Fever of unknown origin" is a frequent diagnosis in hospital practice in Puerto Rico, much more common, it has always seemed to us, than in any of the several hospitals of continental United States where it has been our privilege, during the past ten years, to observe the run of cases for periods of months. A final diagnosis of "fever of unknown origin" is always a sensitive spot in the record of a clinician, and we all know the embarrassment and annoyance of having to confess with all professional honesty, to the patient and family, that we have been unable to determine the exact nature of the illness which, as a rule, fortunately terminates favorably. We have long felt that we have failed somewhere in the investigation of these cases, that we have left something undone. For this, as for many other human failures, tradition may have been partly responsible. When we began to practice here twelve years ago, it was said that lobar pneumonia was a rarity, but we now know that it is not a rarity; acute rheumatic fever was said to be extremely rare, if not inexistent, and we do not recall any case in which this diagnosis was made during our first three years of practice, yet we now see several cases each year.

Typhus fever has never been reported in the medical literature of Puerto Rico, and reputedly it does not occur here. Between May 19 and July 25, 1939, in the short interval of two months, eight cases were admitted to the Presbyterian Hospital which were strikingly similar to each other in their clinical picture, and which we now

believe may represent endemic typhus fever or Brill's disease; if they do, this disease is very prevalent in the island even if in a mild form from the standpoint of mortality. They represent the type of fever that we have necessarily labeled in the past as of unknown origin. The study of these cases was initiated by Dr. H. P. Colmore, to whom must be given credit for having first seriously considered this diagnostic possibility in the four early cases of the series; we often consulted on this matter last May and June. This presentation of the subject is somewhat premature as the title, an interrogation, indicates. It is premature because the clinical and laboratory evidence is not yet conclusive and, specially, because ultimate verification of the occurrence of the disease in Puerto Rico must rest with the obtention of evidence other than clinical as will be pointed out later. We do believe, however, that we have enough evidence to sound off the alarm, and this, the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association, is the best possible opportunity.

ANALYSIS OF CASES

Seasonal distribution. The syndrome that we describe occurs in the late spring and summer; two doubtful cases have been seen during the fall and not included in this presentation.

Residence. The first case came from Vieques, all the others from Santurce. At least five cases are known to live in old houses where rats often gain access to the interior; two cases have been from the same family—father and daughter.

* Read before the Puerto Rico Medical Association, December 9, 1939.

** From the Medical Service, The Presbyterian Hospital, San Juan.

Economic status. All but one of the ten cases have been private or semiprivate patients, two of them veterans provided with semiprivate accommodation by the Federal Veterans' Bureau.

Race. All patients have been white.

Age. All adults, their ages ranging from 20 to 55 years.

Sex. Six male, two female.

Time elapsed between onset and admission to the hospital. One case was first observed on the fourth day, two were first seen on the sixth, two on the seventh, one on the eighth and two on the tenth.

Prodromal stage. Three cases gave a history of a prodromal stage lasting from one to five days, with general discomfort, weakness, headache and even a little fever.

Onset. The actual onset was more or less abrupt, with frank chills or severe rigor in six; there was much headache and fever in all.

Symptoms. Vomiting was not a prominent symptom although three had it at the onset; in one case it persisted for seven days. General aches and pains and muscular discomfort were present in all and quite severe in four. Five cases had a dry bothersome cough which in two lasted only one week. In six there was flushing of the face which was specially severe in one who had purplish blotches. Prostration was extreme in four cases, less marked in three; six patients were very drowsy at the height of the fever, and four were very restless. Active delirium occurred in only one case. Two patients continued to have mild rigors for two days after the initial chill. The headache was a rather prominent symptom in all cases, mild in one and very severe in all others; it was remarkably constant and persistent in five and in all cases it abated or disappeared on the seventh to twelfth days. Carpalgia was only observed in one case. The only abdominal symptoms

observed consisted of constipation and some distention in most cases; one had frequent small diarrheic movements the first five days. Sleeplessness was a common symptom during the first few days and was later replaced by a restless drowsiness.

Scmiology. The flushing of the face was striking in four cases. During the height of the disease the conjunctivae were injected. The tongue was usually dry and coated, the pharynx normal except in two cases in which it was markedly congested. The lungs were clear in all cases. The spleen was palpable in all the cases seen before the eighth day, questionably palpable in one first seen on the tenth, and not palpable in two seen on the eighth and tenth days respectively; in one case it was not palpable on the sixth day but became definitely so on the eighth; in two cases it extended to 3 cm. below the costal margin and in practically all patients it was tender.

Fever. The temperature curve was strikingly similar in all cases. During the first 11 to 13 days there was a sustained, subcontinuous or remittent fever which only in one case rose above 104 degrees Fahrenheit. On the twelfth day in five cases, and on the ninth, eleventh and thirteenth in the others, more marked remissions began with the temperature reaching normal or nearly normal for the first time during the entire course of the disease. In the succeeding days the peaks became somewhat lower and finally, more or less suddenly, the temperature failed to rise above normal; this occurred on the sixteenth day in four cases, on the twelfth in one, on the thirteenth in one, on the seventeenth in one. The highest temperature was registered between the eighth and eleventh days in most cases. Subjective improvement began with the onset of marked remissions at about the twelfth day and progressed rapidly thereafter.

Pulse. In four cases the pulse was some-

what slow in relation to the temperature during the first eight to ten days, but there was no bradycardia at any time. In the other cases the pulse rate was proportionate to the temperature. A diastolic pulse was recorded in one case.

Eruption or rash. A characteristic eruption was observed in six cases; in the remaining two cases, admitted on the eighth and tenth days respectively, no eruption was observed nor could a history of one be obtained. In several cases it was not sufficiently marked to be noted by the drowsy patients themselves. One patient noticed its appearance on the third day. In four patients it was present at the time of admission on the sixth, seventh (2) and tenth days; in one patient, admitted on the sixth day, the rash appeared on the seventh. The eruption seemed to appear on the chest, back and abdomen, and then to extend to the extremities; in two of our cases it seemed to remain limited to the trunk. The lesions consisted of macules of erythema, round or oval and irregular, pink or old rose in color, the older ones somewhat purplish; the individual macules varied in size from 2 to 4 mm.; in only one case were they sufficiently profuse to coalesce. In two of the cases some of the lesions became slightly hemorrhagic in character, failing to disappear on pressure; in the others they always did. These lesions began to fade after the height of the fever, usually on the tenth to twelfth day, and had completely disappeared, leaving perhaps but a faint shadow, by the fourteenth or fifteenth day.

Laboratory findings. All cases showed a faint trace to a trace of albumin, often an occasional red blood cell, always some white cells. Repeated white cell counts in all cases revealed a normal or slightly increased number of cells which fluctuated between 5,050 and 10,350 per c. mm.; counts above 8,000 were rare. The differential count

was more or less normal, with the polymorphonuclear neutrophiles fluctuating between 50 and 72 per cent.

Repeated blood cultures, urine and fecal cultures, Widal agglutination tests, and agglutination tests for Malta fever were negative; blood smears were negative for malaria.

Summary of the clinical picture. In the late spring or summer, a well adult of either sex and of any age may feel badly for one to five days, with malaise, headache, anorexia, even a little fever. The patient, who probably lives in an old wooden house, is suddenly taken acutely ill, with a shaking chill or severe rigor, headache, fever. There may be vomiting which stops after the first day or persists. There seems to be quite marked prostration from the beginning, with severe or moderately severe body aches and pains. The headache continues, is constant and severe. The patient becomes excited and may be sleepless. There is flushing of the face and there may be a dry harrassing cough. Later the headache becomes an even more prominent symptom, along with a restless stupor. The conjunctivae may become red; the tongue is dry and coated, the pharynx may be slightly hyperemic. The lungs are clear. The temperature continues high, remitting one or two degrees F. and not usually rising above 104 degrees; the drowsiness seems to be out of proportion to the fever. The spleen becomes palpable early in the disease, is usually tender, but does not attain a large size. The fever is at its highest between the eighth and eleventh days, after which more marked remissions occur. Between the third and seventh days a macular erythematous eruption appears over chest, abdomen and back, later or at the same time over the extremities; the macules are most numerous at the height of the fever, when they take a purplish color. As the marked re-

missions in temperature appear at about the twelfth day the macules begin to fade, and as a rule they have completely disappeared by the fifteenth day; occasionally these macules fail to disappear on pressure. On or about the sixteenth day the temperature more or less suddenly fails to rise above normal. Following the appearance of remissions in the temperature, subjective improvement begins; thereafter convalescence progresses rapidly. Occasionally there is no eruption.

The urine of these patients shows the changes usually found in other fevers. There are no striking changes in the blood, the white cell count being normal or but slightly elevated; there are no characteristic changes in the differential white cell count.

SPECIFIC DIAGNOSTIC TEST: THE WEIL-FELIX
AGGLUTINATION REACTION

We believe that we can all agree this clinical picture conforms quite closely, symptomatologically and semiologically, with that of typhus fever in its endemic form, the so-called Mexican typhus fever, New-World typhus fever, tabardillo or Brill's disease. To be sure, these have not been cases of meningitis, malaria, typhoid fever, measles, scarlet fever or encephalitis. The picture that we have described is quite different from Rocky Mountain spotted fever, in which the disturbances of the central nervous system are much more severe and the eruption begins in the extremities and more often assumes petechial characters; in which there often are necroses of the skin of the serotum, prepuce, etc.; and in which the mortality is from 15 to 90 per cent in different regions. But, can we prove in the laboratory that these are cases of typhus fever?

Endemic typhus or Brill's disease and

epidemic typhus, are one and the same disease. There is very definite proof that *Rickettsia prowazeki* is the cause of typhus, whether it be the severe epidemic or the milder endemic form of the disease; it is just a matter of one organism, *R. prowazeki*, in two somewhat different states of adaptation to the human and murine species—the only species known to be naturally susceptible. Epidemic typhus, the severer form of the disease, is transmitted from person to person by the body louse under favorably unsanitary conditions. Endemic typhus, the milder form or Brill's disease, is transmitted to man from infected rats by rat fleas, and from rat to rat by both rat lice and rat fleas. The role that human lice play in the transmission of endemic typhus from man to man is considered to be negligible. It is known that the rat louse does not feed upon human beings, but the rat flea does. Therefore, it is only in localities in which rats are infected with *B. prowazeki*, and in which rats come in contact with man, that endemic typhus occurs. We do not know, so far, that typhus exists in our rodent population, but we do not know that our human and rodent populations can, and often do, come in quite intimate contact with each other in our poorer districts and in many of our better homes.

The blood serum of patients suffering from typhus fever has long been known to be capable of agglutinating a suspension of *Bacillus proteus* X-19, this agglutination reaction is quite constant in typhus fever, and it is probably one of the most reliable diagnostic tests in medicine. While some authors believe that *B. proteus* is associated with *R. prowazeki* in the causation of typhus, and others have suggested that *B. proteus* is a stage in the life cycle of the rickettsia, it is more likely that *B. proteus* X-19 and *R. prowazeki* just have an antigen

in common which is capable of producing in man and animal an identical immune reaction, this antigen being probably a polysaccharide; the recent demonstration of the existence of such an antigen in both *B. proteus X-19* and *R. prowazeki* lends support to this contention and makes of the Weil-Felix agglutination reaction a specific rather than a non-specific test.

The *B. proteus X-19* agglutination reaction has been performed in all but the first case of the series herein reported. It has been found to be positive in three of the cases. Some tests have been performed at the School of Tropical Medicine Department of Bacteriology, some at the Health Department Laboratory, and one at the National Institute of Health of the United

States Public Health Service. The antigen in possession of the local Department of Health was obtained years ago, we understand, from the United States Public Health Service; that in the School of Tropical Medicine was obtained from the Department of Health more recently. There have been certain discrepancies in the tests as reported from these two laboratories, both of which are thoroughly reliable from the technical standpoint, and this fact makes us entertain the belief and the hope that their particular cultures are not very sensitive or have lost their antigenic properties in some way, so that had we had a more sensitive strain of *B. proteus X-19* we might have obtained a higher percentage of positive reactions.

B. PROTEUS X-19 AGGLUTINATION REACTION

Case	Day of Illness	Strain	Dpt. of Health Lab.	Sch. Trop. Med. Lab.	U. S. Public Health Service Lab.
1.	—	—	—	—	
2.	23	O	neg.	neg.	
		H		neg.	
3.	11	O	neg.	pos. to 1:800	
		H	+ + +	pos. to 1:200	
4.*	11	O		neg.	
		H		neg.	
5.	22	O	pos. to 1:320	pos. to 1:200	
		H		pos. to 1:50	
6.*	5	O	neg.	faintly pos. to 1:200	
		H		strongly pos. to 1:200; pos. to 1:400	
	10	O		neg.	pos. to 1:640
		H		pos. to 1:200	
7.**	10	?		neg.	
8.	11	?		neg.	

* 6 the daughter of 4

** No rash.

Thus, in case 3, blood was taken on the eleventh day and sent to both laboratories; at the Health Department there was no agglutination of the somatic antigen, but 3 plus agglutination of the flagellar antigen was obtained; at the School of Tropical Medicine there was agglutination of the somatic antigen to a dilution of 1:800, and of the flagellar to a dilution of 1:200. Blood from case 4 taken on the eleventh day did not agglutinate either the somatic or the flagellar antigen at the School of Tropical Medicine. But blood taken on the fifth day from case 6, the daughter of case 4, did not agglutinate the somatic antigen at the Health Department laboratory, yet agglutinated the somatic antigen faintly to a dilution of 1:200, and the flagellar antigen strongly to a dilution of 1:400 at the School of Tropical Medicine; on the tenth day we again obtained blood from this patient and sent it to the School of Tropical Medicine and to the United States Public Health Service laboratory in Washington; at the former institution there was no agglutination of the somatic antigen, and there was agglutination of the flagellar to a dilution of 1:200; at the United States Public Health Service Laboratory there was agglutination of a somatic antigen up to a dilution of 1:640. Blood obtained from case 5 on the twenty-second day agglutinated a somatic antigen up to a dilution of 1:320 at the Health Department laboratory and at School of Tropical Medicine it agglutinated the flagellar antigen to a dilution of 1:50 and the somatic antigen to a dilution of 1:200.

It is now recognized that more important than a positive agglutination reaction at any one time in the course of the disease is an increase in agglutinins titre which in true cases of endemic typhus begins on the eighth to tenth day and lasts about one week to decline with defervescence. A uniform-

ly sensitive antigen and uniform technic are necessary for accurate interpretation. We have failed in that we have depended on different laboratories having antigens of unknown sensitivity, and in not having repeated the agglutination reaction at frequent intervals under uniform technological conditions. For that reason we stated that clinical and laboratory evidence was not conclusive, but highly suggestive.

In order to determine with certainty whether Brill's disease occurs in Puerto Rico, the following investigations should be carried out by those prepared to do this kind of work:

- Rat survey: isolation of the virus
 - from brains of wild rats;
 - isolation of virus from rat
 - fleas and rat lice;
 - finding of the causative
 - organism (*R. prowazeki*) in the
 - intestinal epithelium of rat flea
 - and rat louse.
- Animal inoculation with the blood of
 - patients suspected to be suffering
 - from the disease.

From the clinical standpoint, we intend to be ready next spring, with the necessary set up, for a thorough study of as many cases as may come our way. The United States Public Health Service has offered to supply us with their strain of *B. proteus* X-19 a very sensitive one, and we hope to be able to do our own agglutination tests with the necessary frequency without overtaxing the laboratories of the Department of Health and School of Tropical Medicine, but counting on their kind cooperation for frequently checking up on our own tests.

So far, we can only say that we strongly suspect that there is Brill's disease in Puerto Rico.

ACUTE APPENDICITIS IN THE AGED*

J. NOYA BENITEZ, M. D.**

Santurce, P. R.

We are discussing tonight acute appendicitis in the aged, because during the year 1939 we happened to run into a series of six cases which aroused our interest in the problem. Three sporadic cases had occurred previously in our practice and had brought to our attention the seriousness of the condition.

Acute inflammation of the appendix is a disease condition which demands prompt surgical treatment. Delay and procrastination leads only to failure and frequently disaster. This is never more true than in the extremes of age: infancy and old age. The diagnosis of acute appendicitis in both these extremes is more difficult than in youth and early adult life, and this taxes to the limit the capability of the diagnostician and the surgeon. Fortunately for both, the incidence of acute appendicitis in infancy and old age is much smaller than in the other age groups.

In most appendicitis statistics only about 5% of the cases occur after the age of 50. The appendix of the aged individual shows the changes of involution; namely a decrease in the amount of lymphatic tissue, which is so profusely present in youth, an increase of connective tissue and fat in the mucosa and submucosa, and a tendency to atrophy and obliteration.

Because of the changed histological picture, the simple acute, non-destructive form is less frequently seen, and the picture is that of acute inflammation in a hollow viscus, with little lymphadenoid reaction and rather scanty blood supply. Thus early

gangrene is relatively frequent, and thrombo-phlebitis of the appendiceal veins with its serious sequelae, much more frequent than in other ages. The local peritoneal and systemic reactions are slower in developing and of less magnitude, and yet they lead to consequences even more serious than in early adult life.

Pain is seldom severe, it is almost universally complained of by all cases, though it may be even slight or absent and patients seldom exhibit signs of collapse. This might be explained, partly because as said before the process is seldom of the acute fulminating inflammatory type, and partly because as we grow old, we do develop a greater resistance to pain, and we usually like to bother other people less about our ills. Occasionally, too, there is a reluctance on the part of old patients to have the doctor see them, and usually a definite aversion to consider operation as a means of relief.

Tenderness, for the same reasons, is usually less severe, and may not be present until distension or peritoneal irritation appear, which may be quite late.

Anorexia and abdominal malaise are fairly constant complaints, even more constant than in the childhood or early adult group.

Nausea and vomiting, on the other hand, are less frequent, and until very late may be conspicuous by their absence, perhaps, because the constancy of the anorexia, and abdominal malaise make these patients greatly limit their food intake.

Fever, which is never typical nor characteristic in any case of appendicitis (Dean Lewis) is usually lower than in the early adult group. It will become high, of course,

* Read at the School of Tropical Medicine, May 16, 1940.

** From the Mimiya Hospital and the Hospital of the School of Tropical Medicine.

- of Obstetrics, ed. 5, Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1928.
- 3—*De Lee, Joseph B.*: Principles and Practice of Obstetrics, ed. 7, Philadelphia, W. B. Saunders Company 1938.
- 4—*Curtis, A. H.*: Obstetrics and Gynecology, Philadelphia, W. B. Saunders Company 1933.
- 5—*Beck, A. C.*: Obstetrical Practice, Baltimore, Williams and Wilkins Company, 1935.
- 6—*Chappell, A., and Bivings, L.*: South. Med. J. 31: 876-882, Aug. 1938.
- 7—*Adair and Stieglitz*: Obstetrical Medicine, 1934, p. 39, Philadelphia, Lea and Febiger.
- 8—*Rockwood E., and Dodge E. F.*, Surg. Gynec. Obs.: 47: 660-664, Nov. 28.
- 9—*Evans, M. D. A.*, Brit. Med. Jour. 1: 157 - 160, Jan. 23, 1937.
- 10—*Dodge E. F. and Forest T. T.*, J. A. M. A., Nov. 19, 1938, Vol. 111, pp. 1898 - 1901.
- 11—*Wecch, A. A.*, Bull. Johns Hopkins Hosp., Vol. LXIV, No. 6, June 1939, pp. 425-433.
- 12—League of Nations Technical Commission of the Health Committee in Nutrition, 1935.
- 13—*Strauss, M. B.*, Am. J. M. Sc., 194: 772 - 783, Dec. 1937.

Every hospitalized case of open tuberculosis in an employee reduces the possibility of a disabling infection in an industrial physician's plant. Leroy U. Gardner, M. D., Surgery Gyn. and Obstetrics, Feb. 1939.

There is no reason for tuberculosis to be five times more prevalent in some communities that it is in others. Thomas Par- ran, M. D., U. S. P. H. S.

The whole character of a society may be conditioned by the nature of the disease common to it, and the happiness and progress of its people will depend to no little degree upon the status of the medical sciences and on the extent to which they are employed for the public good. Richard H. Shyrock, Pub. Health Reviews, Mar., 1940.

Regulations against expectoration in

public places are not merely an exhortation to good manners; they are an expression of a theory as to the mode of infection in pulmonary tuberculosis which was held before the discovery of the bacillus and was the common property of all physicians. S. Roodhouse Gloyne, M. O., Tubercle, Feb. 1940.

The "Magic Mountain" personality of the tuberculous, described by Thomas Mann is symbolic of their uncertainty, mental unrest and feeling of social insecurity. It is due to the failure of the public to understand the tuberculous. Fear that the patient experiences about the attitude of others makes him depressed and nervous, gloomy and unfriendly and ashamed of his illness. The cured tuberculosis patient should have a fair chance to return to normal life. Morton A. Seidenfeld, Science News Letter, Dec. 9., 1939.

CONGENITAL BILATERAL ANOPHTHALMUS*

REPORT OF A CASE

CESAR DOMINGUEZ, M. D.

Humacao, P. R.

By Congenital Bilateral Anophthalmus we mean the complete absence at birth of both eyeballs and the essential nervous mechanism in them. Yet, the external apparatus, that is, the lacrymal gland and the external eye muscles, may be found. It may be primary, that is, the case in which there has been an absolute failure in the development of the optic vesicles; or secondary, in which the vesicles appear to have been formed, and subsequently to have been atrophied.

So rare is this abnormality encountered in our Medical practice that very little is found in the description of this condition in books of Ophthalmology. It represents only 1% of all the causes of congenital blindness. In the Medical literature there has been reported around 66 cases only. To the best of my knowledge this is the first case that has ever been reported in Puerto Rico.

The subject of this report is a female child, 2½ years old, whose weight at the time of examination was 20 lbs. She was brought to me about 6 months ago for the treatment of an acute gastro-intestinal disturbance; that being the first time the child was ever seen by a physician. The family lives in a distant rural section. She was born at term and weighed 6½ lbs. Pregnancy and labor were normal. Was breast fed. The mother denies the child ever had any of the common childhood diseases. The child was able to stand up when one year old; and to move around holding to a chair

when 1½ years of age. At present she is not able to walk by herself. She can enunciate a few simple words. She eats and sleeps well. Hearing is acute.

No case of development abnormality had occurred in the family of either parent, and there is no consanguinity. Father and mother are living and healthy. Blood Wasserman was negative in both. Two other children in the family are living and healthy. There is no history of tuberculosis malignancy or Lues in the family of either parent. There has been no miscarriages.

Blood Wasserman on child was negative. On physical examination she appears to be normal in every respect apart from the entire absence of both eyes. The eyelids are normal and tightly closed. The lacrymal puncta are present and when she cries tears rolled down her cheeks. The eyelashes were normally formed. In the conjunctival sacs no vestige of a microscopical globe could be detected. No other deformity such as polydactylism or cleft palate, which usually accompany this abnormality was found in this case. The nose and ears were normal. The neck was negative; the thorax had a normal contour. The heart and lungs were normal. The abdomen revealed nothing abnormal on palpation. The anus and vagina were present and patent. The neurological examination revealed nothing abnormal. X Rays taken of both upper and lower extremities did not revealed any bone pathology.

Considering the absence of Syphilis in the parents, as well as any other illness in

* Read at the annual meeting of the Humacao District Medical Association, May 5, 1940.

the mother prior to labor, and absence of consanguinity of the parents, I am inclined to conclude that this case is embryonic in origin. Nevertheless a deficiency of Vitamins in the diet of an expectant mother, in the early stages of pregnancy, while the vital organs of the embryo are being formed, should be considered also as an etiological factor, more so in this particular case, which comes from a distant rural section of the island where we know diets are very deficient in Vitamins.

I had the intention of presenting this case to you today, but unfortunately the child died of malnutrition just two weeks ago.



BIBLIOGRAPHY

- 1—*C. J. Heinberg*: Congenital Bilateral Anophthalmos and Polydaetylysm with report of a case. —The Journal of the Florida Medical Association— April 1926.
- 2—*Lewis McMillan*: Anophthalmos and Maldevelopment of the Eyes. Four cases in the same family. —British Journal of Ophthalmology— 5:121 - March 1921.
- 3—*Joseph Schwartzman* and *Anthony Maffia*: Congenital Bilateral Anophthalmos —Report of a Case— Archives of Pediatrics, 56:240— April 1939.
- 4—*J. Rosenbaum*: Congenital Bilateral Anophthalmus. —Canadian Medical Association Journal— 9:254 - March 1919.
- 5—*V. C. Boon*: Congenital Anophthalmus with report of a Case. —Journal of the Oklahoma Medical Association— 16:63 - March 1923.
- 6—*Knud Biering*: A case of Congenital Bilateral Anophthalmos —Ugesk. f. Laeger— 83:1051- August 11-1921.
- 7—*Claude T. Wolfe*: Congenital Bilateral Anophthalmus —Kentucky Medical Journal— 36:279 July 1938.
- 8—*P. R. Prabhalgar*: Congenital Absence of the Eyes —Indian Medical Gazette— 68-632- Nov. 1933.
- 9—*Esmond Recordon* and *Gwenvron M. Griffiths*: A case of Primary Bilateral Anophthalmia (Clinical & Histological Report) British Journal of Ophthalmology— 22:353:60 (1938).

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII JUNIO, 1940. Número 6

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

EDITORIALES

EL SERVICIO MILITAR MEDICO Y NUESTRO DELEGADO A LA A. M. A.

En su reunión anual celebrada durante los días del 10 al 14 del presente mes en la ciudad de Nueva York, la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana aprobó la siguiente resolución:

POR CUANTO, los estragos de la guerra otra vez prevalecen en muchas de las naciones y pueblos del mundo; y

POR CUANTO, el Presidente de los Estados Unidos ha indicado a la nación y al Congreso la conveniencia de la preparación militar de manera que nuestro pueblo pueda resistir con éxito atentados para substituir con otra forma de Gobierno la democracia establecida por la Constitución en nuestro país; y

POR CUANTO, la organización del país para esa preparación envuelve desde el principio la completa cooperación de los médicos del país para:

- 1.—Servicio médico en las administraciones militar, naval, de aviación y de veteranos;
- 2.—Selección de hombres físicamente capaces para servir en tales agencias; y
- 3.—Rehabilitación de aquéllos que no cuali-

fiquen físicamente para participar en actividades militares; y

POR CUANTO, dicha preparación requiere también:

- 1.—Servicio médico a los obreros industriales ocupados en las industrias de guerra;
- 2.—Continuación de la atención médica a la población civil;

- 3.—Educación de jóvenes para ponerlos en condiciones de rendir servicio médico; y
- POR CUANTO, la Asociación Médica Americana ahora comprende entre sus miembros más de 117,000 de los médicos autorizados de los Estados Unidos; y

POR CUANTO, las oficinas de la Asociación Médica Americana tienen disponibles:

- 1.—Records completos de todos los médicos autorizados en este país, con datos necesarios para determinar su disponibilidad para servicios militares u otros;

- 2.—Información completa concerniente a las facilidades para educación en medicina, las especialidades médicas y otras actividades.

- 3.—Información completa concerniente a los hospitales de los Estados Unidos;

- 4.—Las facilidades necesarias para hacer pronto contacto a través de proclamas, periódicos y cuerpos constituyentes con todo el personal médico y agencias médicas; y
- POR CUANTO, solamente en las oficinas de la Asociación Médica Americana, que sepamos, están disponibles tales informaciones y facilidades; y

POR CUANTO, la Asociación Médica Americana es no solamente la mayor sino la única organización que integran médicos autorizados en todos los campos de la medicina; y

POR CUANTO, durante la Guerra Mundial de 1914 a 1918 la Asociación Médica Americana ayudó a disponer los servicios de más de 60,000 médicos para actividades militares o sus relacionadas; por lo tanto, RESUELVASE, que la Cámara de Delegados autorice a la Junta de Síndicos para crear un Comité de Preparación, que consista de siete miembros de esta Cámara, con el Presidente de la Asociación, el Secretario de la Asociación, el Secretario de la Junta de Síndicos, y el Editor como miembros ex-officio, y además

RESUELVASE, que este Comité establezca y mantenga contactos y relaciones adecuadas con todas las agencias gubernamentales

encargadas de la prevención de enfermedades y la atención médica a enfermos, tanto en el aspecto militar como civil, para hacer disponible en el momento más temprano posible, cualquier facilidad que la Asociación Médica Americana pueda ofrecer para la salud y seguridad del pueblo americano y el mantenimiento de la democracia americana.”

En relación con la anterior resolución, nuestro delegado en dicha Convención, el Dr. Manuel de la Pila Iglesias, presentó una resolución, que fué acogida con gran beneplácito por todos los miembros de la Cámara, y la cual lee como sigue:

“Como representante de Puerto Rico en la Cámara de Delegados, y expresando el espíritu de la profesión médica de nuestra Isla, quiero manifestar nuestro orgullo y felicidad en haber juntado nuestros destinos históricos a esta gran democracia.

“En estos tiempos en que nuestros pensamientos, emociones y sentimientos están tan

vitalmente afectados, la profesión médica de Puerto Rico desea hacer una declaración solemne. Lo mismo que Puerto Rico es hoy el Gibraltar de América, así la profesión médica de Puerto Rico desea ser una fortaleza de avanzada de los ideales y tradiciones de este gran país.”

Al tener conocimiento de esta acción de nuestro delegado, la Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico acordó inmediatamente hacer suya y solidarizarse con los términos expresados en dicha resolución, segura de que en la misma se expresa el sentir de los médicos asociados y de todos aquéllos que por una u otra razón no pertenecen a nuestra Agrupación.

El Boletín acoge con gran regocijo esta actitud de nuestro delegado en la Convención de la Asociación Médica Americana, y le felicita muy calurosamente por su iniciativa a este respecto.

ACLARANDO HECHOS

En los primeros días del presente mes ocurrió cerca de la población de Salinas un accidente de automóvil en el cual resultaron heridos dos jóvenes.

Al reseñar el accidente, un diario de esta capital dice en uno de los párrafos:

...Al darso cuenta que los dos daban señales de vida los cargó hasta su automóvil, trasladándolos enseguida al Hospital de Salinas. Fué en busca del médico municipal y dicho funcionario informó que no podía atender a los pacientes, diciendo que fueran a buscar al otro médico de la población. Se fué a buscar al otro médico y éste contestó que no podía visitar el hospital porque es enemigo político del Director de Beneficencia y esto podría traerle algún lío...

Dos días más tarde el susodicho diario se ocupa nuevamente del asunto, esta vez desde su columna editorial, y condena acre-

mente la actitud de los dos compañeros aludidos, a la vez que solicita de nuestra Asociación haga una investigación del caso a imponga el correspondiente correctivo.

Los hechos denunciados fueron inmediatamente investigados por el vicepresidente de la Asociación, quien a solicitud del presidente entrevistó a los dos colegas envueltos en el asunto, y asimismo se investigó en otras fuentes para tratar de corroborar la información obtenida de labios de dichos colegas.

El Director de Beneficencia de Salinas, en carta que dirige a nuestro Presidente en relación con dicho asunto, y que fuera enviada a la prensa del país para su publicación, dice:

“Yo afirmo y sostengo categóricamente que en ningún momento ni en ninguna forma,

esto es, ni verbalmente ni por teléfono ni por conducto de tercera persona, fui requerido para asistir a estos lesionados.

"Yo me retiré enfermo de la consulta en el Hospital Municipal de Salinas, el viernes 31 de mayo a mediodía con fiebre alta. Estuve recluido en mi hogar hasta el lunes 3 de junio, día en que a pesar de estar todavía convaleciendo de mi enfermedad decidí ir a atender mis deberes en el Hospital. El Dr. Ruiz de Porras bondadosamente me atendió los casos que se presentaron durante el período que estuve recluido en cama. El lunes por la mañana fué que me enteré por primera vez de los pormenores del accidente. "Los heridos fueron conducidos al Hospital después de media noche del domingo, esto es el lunes por la madrugada. Las enfermeras prestaron a los heridos todos los cuidados que estos requerían de primera intención e hicieron las diligencias para trasladar a los heridos a la ciudad de Ponce, donde los familiares insistieron en que fueran trasladados. Cuando el Dr. Pietri vino de Ponce ya se habían prestado a los lesionados todas las atenciones que demandaban los casos...

El otro compañero envuelto en este caso, en una nota enviada también a los diarios para su publicación, asegura "no haber tenido conocimiento del accidente hasta el lunes, y que nadie estuvo a buscarlo a su casa ni tampoco se le llamó por teléfono para que fuera a prestar sus servicios a los dos jóvenes heridos."

La investigación practicada por nuestra Asociación corrobora en todas sus partes las declaraciones hechas en la prensa por ambos compañeros. Ninguna persona, que sepamos nosotros, ha desmentido la aseveración hecha por ambos médicos en relación con este asunto, por lo que queda en pie el hecho de que ninguno de los médicos aludidos fué requerido ni personalmente ni por ningún otro medio, para prestar sus servicios a los jóvenes lesionados, y se ve a todas luces la inexactitud de la información suplida al periódico de referencia.

Dice uno de los párrafos del editorial an-

tes mencionado:

"Por su buen nombre, por su prestigio, la Asociación Médica debe evitar que esos hechos ocurran, pues no solamente recae el descrédito contra los culpables directos de las acciones merecedoras de sanciones punitivas, sino contra toda la clase que representan. Guardar silencio, ante tales hechos, impondría sobre los que están llamados a hablar, las sospechosas complicidades que acompañan siempre a los que por omisión, voluntaria o involuntaria, dan la sensación de estar sancionando actos, que, en verdad, repudian."

Si hechos como los que nos ocupan hubieran realmente sucedido, nuestra Asociación sería la primera en levantar su voz para condenarlos, no importa qué posición ocupara en su seno el médico que en tal forma procediera. Afortunadamente, hechos de esta naturaleza no ocurren en nuestro país, y nuestra Asociación no tiene necesidad de esforzarse por que no ocurran, puesto que la clase médica de Puerto Rico está compuesta por personas que tienen un alto sentido de lo que es la responsabilidad, que no eluden sus deberes y que saben a perfección que su principal obligación es la de servir a la humanidad sin distinción de clases ni de credos.

Aclarada la inexactitud de los hechos denunciados, réstanos expresar nuestra esperanza de que en lo sucesivo cuando vuelvan a suscitarse cuestiones de esta índole se proceda a hacer una investigación minuciosa de los hechos antes de lanzarlos a la publicidad, pues si triste y condenable sería que un médico, olvidándose de sus deberes para con la comunidad, se negase a prestar sus servicios a una persona herida, triste y condenable resulta también el que basándose en informaciones inexactas se vaya a perjudicar el buen nombre y la honorabilidad de hombres que no han cometido otro delito que el de servir a la humanidad doliente aún a costa de su propia persona.

HONOR EXTENDIDO A NUESTRO PRESIDENTE

El Dr. Oscar Costa Mandry, Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, recibió recientemente por conducto del Cónsul de la República de Costa Rica en esta capital, un diploma extendiéndole por la Asociación de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, y en el cual se le designa Miembro de Honor de dicha entidad.

Junto a esta honrosa distinción recibió el Dr. Costa Mandry la siguiente comunicación del Dr. Eduardo Fournier Quirós, Presidente de la Asociación de Médicos y Cirujanos de Costa Rica:

“Muy distinguido señor y colega:

“La Asociación de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en reconocimiento de los méritos que le acreditan a Ud. y deseando por este medio establecer vínculos de amistad con la Asociación Médica de Puerto Rico, de la cual es Ud. su muy digno Presidente, acordó otorgarle el título de MIEMBRO DE HONOR. Hemos recomendado al Dr. don Ramón Fournier, nuestro Cónsul en ese país, para que personalmente se sirva hacerlo entrega del diploma correspondiente, con nuestros votos por su ventura personal y el mayor éxito de la labor que realiza la Asociación que Ud. preside.

“Al cumplir con esta grata comisión de la Junta Directiva de la Asociación de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, le ruego aceptar las manifestaciones de toda mi distinguida consideración y alta estima, suscribiéndome de Ud. su muy atento S. S. colega y amigo.”

Al acusar recibo de esta comunicación nuestro Presidente se expresó en los siguientes términos:

“Muy distinguido colega:

“Por conducto de mi estimado y particular

amigo don Ramón Fournier, Cónsul de la República de Costa Rica en San Juan, he recibido su atenta carta acompañada del diploma de Miembro de Honor con que la Asociación de Médicos y Cirujanos de Costa Rica inmerecidamente me honra.

“Al darle las gracias por tan señalada distinción, quiero hacer constar que la acepto agradecido como dirigida no a mí personalmente, para lo cual no tendría méritos válidos, sino al cargo de Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico que me honro en ostentar.

“En nombre de dicha Asociación, recojo y agradezco los buenos deseos que en su carta so expresan. Acertadísimo me parece el establecimiento y vigorización de vínculos de amistad y de plena colaboración científica entre las diversas Asociaciones Médicas y muy especialmente, entre la nuestra y la que usted dignamente dirige ya que tan bien dispuesta se encuentra para el amistoso y científico intercambio. Espero que en el futuro estos vínculos han de ser desarrollados sobre bases tan sólidas que no tardarán en dar beneficiosos frutos.

“Reciba usted, pues, mis más cumplidas gracias así como la expresión de los mejores deseos, en nombre propio y en el de la Asociación Médica de Puerto Rico para usted personalmente y para la Asociación de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.”

Al dar conocimiento de este hecho, el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico desea expresar su regocijo por la distinción de que ha sido objeto nuestro Presidente, y hace votos sinceros por que los buenos propósitos expresados por ambos ejecutivos en las comunicaciones que hemos transcrito anteriormente se conviertan en realidad y podamos ver en no lejanos días el fruto de una mejor compenetración científica entre los pueblos de habla hispana.

DROGAS PELIGROSAS

Un grave problema que cae de lleno dentro de la incumbencia de nuestra Asociación, pero que además debe suscitar el interés y la consideración de todos cuantos se interesan por el bien público, y en especial de los farmacéuticos, los legisladores y la Prensa, es el abuso de ciertos hipnóticos y otras drogas peligrosas, que se venden en las boticas sin cortapisa legal alguna.

Nuestro Gobernador Hon. William D. Leahy, en su mensaje de febrero 13 a la décimocuarta Asamblea Legislativa, en su cuarta legislatura ordinaria; llamaba la atención sobre este problema con las siguientes palabras:

“Investigaciones realizadas por el Departamento de Hacienda demuestran que se está vendiendo y usando por todo Puerto Rico una cantidad alarmante de amytal y productos similares. Créese que este aumento sin precedentes se debe a la escasez de narcóticos de contrabando y a las dificultades que ofrece el comprar ilegalmente narcóticos legales. En el caso del uso de amytal los agentes del Departamento de Hacienda no pueden tomar acción contra los vendedores o consumidores de la droga, ya que ésta no está clasificada como un narcótico y no cae dentro del alcance de la Ley Harrison de Narcóticos. Es por lo tanto en extremo necesario regular la venta y el uso de amytal y productos similares mediante legislación local adecuada. En varios Estados de la Unión en donde ha prevalecido una situación semejante, se han adoptado medidas correctivas. Recomiendo esto a vuestra cuidadosa consideración”.

La Asamblea Legislativa no tomó acción alguna a este respecto, y el mal subsiste hoy día sin barreras legales que le pongan coto. Excusado es decir que nos parece indispensable tratar de poner pronto remedio a tan deplorable realidad.

Muchas veces el espíritu público de las asociaciones cívicas, de las agrupaciones

profesionales y de los individuos conscientes, puede y debe adelantarse a la saneación legal tomando medidas pertinentes para aminorar en lo posible males de este tipo.

El asunto que nos ocupa hace tiempo que viene siendo motivo de preocupación y estudio en una casa farmacéutica de San Juan, cuyo alto sentido de la responsabilidad profesional y ciudadana le obliga a interesarse en estos problemas. Últimamente dicha firma ha creído conveniente dirigir una circular a sus despachos farmacéuticos en los siguientes términos:

“Debido al empleo abusivo que muchas personas hacen de los hipnóticos cuya venta no está regulada por Ley alguna en Puerto Rico, sírvanse atenerse a lo siguiente:

1ro. Ningún dependiente podrá vender hipnóticos sin consultarlo con el jefe que esté de turno.

2do. No se venderán hipnóticos en frascos originales ni en cantidades mayores de 5 tabletas, si no vienen con receta de médico.

3ro. Debe interrogarse al paciente que procure los hipnóticos sin recetas, para qué los quiere, quién se los recetó, y advertirle los riesgos por corre. Esto cuando no estén prescritos por médicos, en las cantidades permitidas hasta 5 tabletas.

4to. No se despacharán hipnóticos en ninguna cantidad a niños o jovencitos que puedan hacer mal uso de ellos.

Se entiende por hipnótico el ácido barbitúrico y todos sus derivados como son el Fenobarbital, Amytal, Luminal, Neonal, Ipral, Nembutal, sales sódicas y sales compuestas de los mismos, que son los que están en moda.

5to. No se excusará de esta orden a practicantes y enfermeras.

6to. Esperamos que esto se cumpla al pie de la letra o de lo contrario nos veremos precisados a despedir al empleado que no lo haga.”

Hemos querido copiar íntegro este texto para estimular a todos los farmacéuticos

de la Isla a que sigan tan laudable ejemplo, estableciendo en sus farmacias una política similar o parecida mientras se provee remedio legal al dañino abuso de drogas peligrosas. Tal política es una ejemplar manera de cooperar en la eliminación de un peligro que ha llegado a preocupar al Ejecutivo isleño.

Este asunto está bajo la consideración de la directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico. En la próxima legislatura no debe faltar un proyecto de ley, cuyas líneas generales deben ser elaboradas en nuestra casa con la cooperación del Depar-

tamento de Sanidad para controlar la venta de las susodichas drogas, así como también de otros medicamentos que sabemos pueden causar graves perjuicios al organismo si se administran sin estar el paciente bajo el escrupuloso cuidado de un médico debidamente facultado para ejercer la profesión.

Exhortamos, pues, a todos los médicos de la isla para que ayuden a resolver este problema haciendo uso de la autoridad e influencia que nuestra noble profesión les presta en la comunidad.

ESCUELA DE ENFERMERAS "MONSEÑOR WILLINGER"

El domingo 23 del cursante mes llevóse a efecto en la ciudad de Ponce, el acto de "Bendición e Inauguración" de la Escuela de Enfermeras "Monseñor Willinger" de la Clínica Quirúrgica del Doctor Pila, y al cual asistiera el Presidente de nuestra Asociación, Dr. Oscar Costa Mandry, correspondiendo a atenta invitación que le extendiera nuestro distinguido colega, el Dr. Manuel de la Pila Iglesias.

Presidió la brillante ceremonia el Excmo. Sr. Obispo Mons. A. J. Willinger, Obispo de la Diócesis de Ponce, y en cuyo honor ha sido nombrada la escuela de referencia.

Copiamos a continuación el programa celebrado con motivo de este acto:

- 1—Bendición del Nuevo Edificio de Enfermeras — Mons. Willinger.
- 2—Pleyel's Hymn y Ecce Panis Angelorum — por la Banda de las Enfermeras Estudiantes.
- 3—"Air" de J. S. Bach — Cello Solo por Librado Net acomp. por Falina Rivera.
- 4—Opening Address — Mons. Willinger.
- 5—Nightingale Pledge y Entrega de los

diplomas a las Graduandas.

- 6—"All Through the Night" — Coro de las Enfermeras Estudiantes.
- 7—Orador — Hon. Miguel A. García Méndez.
- 8—"Air de Ballet" de "Scènes Pittoresques" de J. Massenet — Cello Solo por Librado Net acomp. por Falina Rivera.
- 9—"The Blue Danube" — Coro de las Enfermeras Estudiantes.
- 10—"Wishing" — Por la Banda de las Enfermeras Estudiantes.

La inauguración de esta Escuela de Enfermeras constituye un paso más de avance en el desarrollo de la ciencia médica en nuestro país, y al dar cuenta en nuestras páginas de este magnífico acontecimiento, descamos hacer llegar nuestra más calurosa felicitación a los patrocinadores de esta idea, muy especialmente a nuestro amigo y compañero el Dr. Manuel de la Pila Iglesias, quien ha figurado siempre y figura en la vanguardia del progreso médico-científico de nuestro país.

NOTICIAS MEDICO - SOCIALES

Reunión del mes:

El día 8 del cursante mes la Directiva y el Consejo de nuestra Asociación celebraron su reunión ordinaria mensual, conjuntamente con miembros del Comité de Anuncios y Reclamos, habiendo asistido los siguientes compañeros:

Dr. O. Costa Mandry
 Dr. M. Pujadas Díaz
 Dr. Eduardo R. Pérez
 Dr. R. Mejía Ruiz
 Dr. A. Navas Torres
 Dr. Elías C. Segarra
 Dr. Juan Sabater

Se discutieron en esta reunión varios asuntos de interés general, entre ellos el referente a dos compañeros de la población de Salinas que habían sido acusados por un periódico local de haberse negado a prestar sus servicios a personas heridas en un accidente de automóvil. En relación con este asunto informó ampliamente el vicepresidente de la Asociación, Dr. Pérez, quien fuera encomendado por el presidente para realizar una investigación de los hechos. Después de oír la información del compañero, y de leer una carta dirigida por el Dr. Peña al Presidente, los miembros presentes llegaron a la conclusión de que la aludida acusación era de un todo injustificada, por cuanto los médicos aludidos no habían sido en ningún momento llamados a prestar sus servicios en el caso de accidente de referencia.

No obstante ser esta la impresión general de todos los presentes en la reunión, la directiva acordó esperar otra información que había solicitado el Sr. Presidente, para luego dar un statement a la prensa en relación con este caso.

También se trató en esta reunión sobre el auge que han vuelto a tomar los anuncios en la primera plana de los periódicos del país por parte de algunos médicos, acordándose llamar la atención de estos compañeros, y dar a la publicidad en este mismo número del Boletín, para que sirva de recordatorio a todos los médicos asociados, el acuerdo adoptado por la Cámara de Delegados de la Asociación a tal respecto.

Dr. George M. Draper:

Ultimamente visitó nuestra isla el reputado compañero, Dr. George M. Draper, Profesor Asociado de Medicina Clínica en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia.

Días antes de su regreso al continente el Dr. Draper obsequió a nuestra Asociación con una instructiva conferencia sobre el interesante tema: "*The Man Within the Patient*".

Esta conferencia se llevó a efecto en la noche del lunes 27 del ppdo. mes de mayo en el edificio de la Asociación, y a la misma concurrió una nutrida y selecta representación de nuestra clase y de otras profesiones afines.

Asociaciones de Distrito:

SAN JUAN

El viernes 28 del mes en curso se celebró en el edificio de nuestra Asociación, bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de San Juan una reunión de carácter científico que resultó en extremo interesante.

En esta ocasión se presentó el siguiente programa:

"Aniseikonia, gran promesa para la as-

tenopia", por el Dr. A. Navas Torres.

"Anestesia intravenosa por Pentothal Sodium", película por cortesía de la casa Abbott.

GUAYAMA

A fines del pasado mes de mayo celebró reunión con el objeto de elegir nuevos funcionarios para el año en curso, la Asociación Médica del Distrito de Guayama, resultando electos los siguientes compañeros:

Presidente — Dr. Severo Torruellas
 Vice-Pres. — Dr. Juan Roberto Aguayo
 Secretario — Dr. Juan Mimoso
 Tesorero — Dr. J. Forastieri
 Delegados — Dr. Antonio Franceschi
 Dr. Hilton L. López
 Delegados Suplentes — Dr. A. García Soltero
 Dr. Roy J. Stokes

Reciban todos los compañeros electos nuestra sincera felicitación.

Con esta elección ha quedado reorganizada la Cámara de Delegados de nuestra Asociación, y para conocimiento de nuestros lectores hemos publicado en otra sección de este número una relación de los compañeros que ahora integran dicho cuerpo.

Dr. E. Martínez Rivera:

El lunes 17 de los cursantes, y tras una ausencia de aproximadamente mes y medio, retornó a nuestra isla el editor-en-jefe de esta publicación, nuestro querido amigo el Dr. E. Martínez Rivera.

El Dr. Martínez Rivera, además de asistir a varios congresos de carácter científico celebrados en el continente durante la temporada que él pasara por aquellos lares, realizó varias gestiones a nombre de nuestra

Asociación, y gracias a ellas, es posible que tengamos entre nosotros durante los días de la próxima asamblea anual, a un distinguido profesor del Colegio de Medicina de la Universidad de Maryland.

Reciba el querido amigo nuestro cordial saludo de bienvenida.

Dr. M. de la Pila Iglesias:

Recientemente regresó del Norte en compañía de su distinguida esposa, el querido amigo y compañero, Dr. Manuel de la Pila Iglesias.

El Dr. de la Pila Iglesias, quien es delegado por nuestra Asociación a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, realizó durante su ausencia una magnífica labor en beneficio de nuestra entidad, pues además de tomar parte activa en las deliberaciones de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana y de presentar ante dicho organismo la interesante resolución cuyo texto transcribimos en otra sección de este número, entrevistó a varios distinguidos profesionales de los Estados Unidos y de Cuba, compenetrándoles de nuestros problemas médicos e invitándoles para que asistan a la próxima asamblea anual de nuestra Asociación.

Sean estas líneas portadoras de un cordial saludo para el estimado colega y su distinguida esposa.

Dr. Ramón M. Suárez:

Recientemente ha sido designado Jefe del Departamento de Medicina Clínica de la Escuela de Medicina Tropical, el distinguido amigo y colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Vaya nuestra sincera felicitación para el amigo Monebo por la alta distinción conferídale, así como también para los directores de la Escuela por tan magnífico nombra-

miento.

Dr. J. Noya Benítez:

Después de un rápido viaje a los Estados Unidos con el objeto de tomar los exámenes auspiciados por el Colegio Americano de Cirujanos, regresó a nuestra isla el 17 de los cursantes, el estimado amigo, Dr. J. Noya Benítez.

Reciba el amigo Noya nuestro cordial saludo.

Dr. L. Gaetán Roberts:

El lunes 24 del cursante mes regresó también a nuestra isla, en compañía de su joven esposa, el estimado colega, Dr. L. Gaetán Roberts, quien fué a los Estados Unidos con el propósito de asistir a la convención anual de la Asociación Nacional de Tuberculosis celebrada en la ciudad de Cleveland.

Para el amigo Gaetán y su distinguida esposa nuestro saludo cordial.

Dr. A. V. Hardy:

Se encuentra en Puerto Rico desde hace algunas semanas el Dr. A. V. Hardy, del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, y quien ha venido a nuestra Isla a trabajar en la organización de la Escuela de Salud Pública que habrá de abrirse próximamente en esta capital.

Durante el tiempo que lleva en Puerto Rico, el Dr. Hardy ha visitado varias de nuestras instituciones médicas y ha estu-

diado con sumo interés la labor que vienen realizando en nuestra isla la Escuela de Medicina Tropical y el Departamento de Sanidad Insular, bajo cuyos auspicios habrá de funcionar la escuela de salud pública antes mencionada.

Deseamos al Dr. Hardy unas muy gratas impresiones durante su permanencia en nuestra isla, así como un completo éxito en las gestiones que le han traído a nuestras playas.

Dr. César Domínguez:

Recientemente fué nombrado para servir un nuevo término como miembro del Tribunal Examinador de Médicos, nuestro estimado colega, el Dr. César Domínguez, de la ciudad de Humacao.

Sean estas líneas portadoras de nuestra sincera felicitación para el amigo Domínguez.

Revalidan sus títulos:

En lo sexámenes celebrados por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico en el pasado mes de marzo revalidaron sus títulos los siguientes compañeros:

Dr. Ng. William Hing, de Humacao
 Dr. Robert T. Armstrong, de Ponce
 Dr. Leoneio T. Davis, de Vieques
 Dr. J. Samnel Taylor, de Humacao
 Dr. José Soto Ramos, de Río Piedras
 Dr. José A. Hernández Matos, de Río Piedras.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Para conocimiento de los compañeros asociados nos complacemos en publicar a continuación una relación de las publicaciones que se vienen recibiendo regularmente en la Biblioteca de la Asociación Médica de Puerto Rico, y las cuales están a disposición de quien quiera utilizarlas:

ARGENTINA

Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Boletín del Instituto de Medicina Experimental, Buenos Aires.

Index - Revista Iberoamericana de Análisis Bibliográfico de Neurología y Psiquiatría, Buenos Aires.

Infancia, Buenos Aires.

La Prensa Médica Argentina, Buenos Aires.

Revista Argentina de Tuberculosis, Buenos Aires.

Revista del Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, Rosario.

Revista Médica Latinoamericana, Córdoba.

BELGICA

Revue Belge des Sciences Médicales, Louvain.

BRASIL

Annaes da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo.

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, Sao Paulo.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, Sao Paulo.

Boletim do Sanatorio Sao Lucas, Sao Paulo.

Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Neuronio — Arquivos Latinoamericanos de Neurología, Psiquiatría, Medicina Legal y Ciencias Afines, Sao Paulo.

Revista do Centro Amazonense, Manaus, Amazonas.

COLOMBIA

Colombia Médica, Bogotá.

Repertorio de Medicina y Cirugía, Bogotá.

COSTA RICA

Consultorio Internacional, San José.

Revista Médica, San José.

CHILE

Revista de Sanidad Naval, Valparaíso.

CUBA

Archivos de la Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana, Habana.

Archivos y Revista de Hospitales, Habana.

La Tribuna Médica de Cuba, Habana.

Medicina de Hoy, Habana.

Revista de la Sanidad Naval, Habana.

Revista de Medicina Tropical, Parasitología, Bacteriología, Clínica y Laboratorio, Habana.

Revista de Medicina y Cirugía de La Habana, Habana.

Salud Pública, Habana.

Vida Nueva, Habana.

ECUADOR

Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, Guayaquil.

ESTADOS UNIDOS

American Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis, Mo.

Archives of Physical Therapy, Chicago, Ill.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D. C.

Bulletin of the Medical Library Association, Menasha, Wis.

Bulletin of the New York Academy of Medicine, New York, N. Y.

Current Researches in Anesthesia and Analgesia, Elmhurst, N. Y.

Diseases of the Chest, El Paso, Texas.

Illinois Medical Journal, Oak Park, Ill.

Journal of Clinical Psychopathology, Hurleyville, N. Y.

Journal of the American Medical Association, Chicago, Ill.

Journal of the Missouri State Medical Association, Fulton, Mo.

National Bulletin of the American Society for the Control of Cancer, New York City.

Public Health Reports, Washington, D. C.

Revista de Radiología y Fisioterapia, Chicago, Ill.

Rocky Mountain Medical Journal, Denver, Colorado.

The American Review of Tuberculosis, Baltimore, Md.

The Diplomate — National Board of Medical Examiners, Philadelphia, Pa.

The Journal of the International College of Surgeons, Chicago, Ill.

The Milbank Memorial Fund Quarterly, New York, N. Y.

The Military Surgeon, Menasha, Wis.

The Rockefeller Foundation, New York, N. Y.

Transactions and Studies of the College of Physicians of Philadelphia, Baltimore, Md.

Transactions of the Western Branch of the American Urological Association, Del Monte, California.

Tuberculosis Case-Finding — Supplement to the American Review of Tuberculosis.

FRANCIA

Journal de Médecine, Bordeaux.
U M F I A, Paris.

FILIPINAS

Acta Medica Philippina, Manila.
The Journal of the Philippine Islands Medical Association, Manila.

HONDURAS

Revista Médica Hondureña, Tegucigalpa.

JAPON

The Tohoku Journal of Experimental Medicine, Sendai.

INGLATERRA

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene, London.

MEXICO

Boletín de Salubridad e Higiene, México, D. F.

Boletín del Hospital Oftalmológico de Ntra. Sra. de la Luz, México, D. F.

Gaceta Médica de México, México, D. F.

La Revista Médica del Yucatán, Mérida.

Pasteur, México, D. F.

Revista de la Sociedad Mexicana de Historia Natural, México, D. F.

Revista Médica Jalapeña, Jalapa.

Revista Médica Veracruzana, Veracruz.

NICARAGUA

Revista Médica, Managua.

PERU

Informaciones Sociales, Lima.

Revista del Hospital del Niño, Lima.

Revista Médica Peruana, Lima.

PORTUGAL

Boletín dos Institutos de Criminología, Lisboa.

Folia Anatomica Universitatis Conimbrigenensis, Coimbre.

PUERTO RICO

Ambulando entre los Ciegos, Ponce.

Boletín de Seguros, San Juan.

Puerto Rico Health Bulletin, San Juan.

Report of the Commissioner of Health - 1938-39, San Juan.

Revista Farmacéutica de Puerto Rico, Ponce.

The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine, San Juan.

REPUBLICA DOMINICANA

Revista Médico-Farmacéutica Dominicana, Ciudad Trujillo.

SAN SALVADOR

Archivos del Hospital Rosales, El Salvador.

SUIZA

Epidemiological Report & League of Nations, Ginebra.

URUGUAY

Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, Montevideo.

Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades, Montevideo.

Revista de Tuberculosis del Uruguay, Montevideo.

Revista Uruguaya de Dermatología y Si-filografía, Montevideo.

VENEZUELA

Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Caracas.

Boletín de los Hospitales, Caracas.

Caracas Médico, Caracas.

Revista de la Policlínica Caracas, Caracas.

RESOLUCION

A manera de recordatorio para los compañeros asociados, nos complaceemos en reproducir a continuación la resolución que regula la publicación de anuncios, y que fuera aprobada por la Cámara de Delegados de nuestra Asociación en su reunión anual del 1936.

RESOLUCION PARA REGULAR LA
PUBLICACION DE ANUNCIOS Y
OTROS FINES, APROBADA POR
LA CAMARA DE DELEGADOS
EN SU SESION ANUAL DEL
1936.

POR CUANTO, es impropio de todo médico consciente de la ética profesional, o de instituciones médicas serias, recurrir al anuncio de su profesión, especialidad o servicio en forma análoga a la que usa el Comercio y la Industria en su legítimo derecho de reclamo y competencia;

POR CUANTO, el objeto del anuncio profesional no debe ser otro que dar a conocer al público la dirección del facultativo, su especialidad y horas de oficina, o distinguir por medio de un letrado la oficina del médico o de la institución hospitalaria;

POR CUANTO, se hace necesario a todo médico, darse a conocer en el pueblo que decida establecer su oficina;

POR CUANTO, todo médico necesita avisar a su clientela de cualquier cambio de dirección u horas de oficina, como también la ausencia y regreso a su consultorio.

POR TANTO, Resuélvese por la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de

Puerto Rico;

1ro.—Ordenar, como por la presente se ordena, a todos y cada uno de los médicos asociados, que el anuncio en la prensa diaria, revistas o semanarios, no podrá exceder de 2 pulgadas de alto por una columna de ancho y solamente podrá contener:

- 1.—El nombre y dirección del médico
- 2.—Su especialidad
- 3.—Horas de oficina.

Disponiéndose, que en lo sucesivo los anuncios mencionados sean referidos a un Directorio Médico indicado al efecto en los periódicos más importantes de Puerto Rico; y Disponiéndose además, que queda terminantemente prohibido el anuncio por radio en cualquier forma.

2do.—Ordenar, asimismo, a los médicos asociados que el letrado o rótulo de su oficina no debe ser mayor de 28" de largo por 12" de ancho.

3ro.—Que todo médico asociado que no cumpla con las disposiciones de esta Resolución sea dado de baja como miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico y que no se admita como miembro de esta Asociación ningún médico que esté violando las disposiciones de esta resolución.

4to.—Que copia de esta Resolución sea enviada a todos los médicos o instituciones hospitalarias de Puerto Rico y que se publique en dos de los diarios de mayor circulación una vez por semana por el término de tres meses.

TIN - TABS (COLE)

En el tratamiento de las LESIONES ESTAFILOCOCCICAS DE LA PIEL

Tin Tabs (óxido de zinc, 1/3 gr.; zinc metálico, 1 4/5 gr.; amilum, 1gr.; sucrosa, 1 gr.) ha sido empleado con éxito en el tratamiento no-quirúrgico de las lesiones estafilocócicas de la piel. Su administración tiende a aumentar la resistencia hacia los Estafilococos, produciendo así la rápida desaparición de las manifestaciones de la infección. Por lo regular las lesiones disminuyen en tamaño, desaparece el dolor y la reabsorción se produce prontamente. Frecuentemente se evita la supuración con el uso temprano de Tin-Tabs (Cole), y por lo general no es necesario recurrir a la incisión. Los Tin Tabs (Cole) son usados en el tratamiento de furúnculos, carbunclos y orzuelos. Cuando el caso lo indique, conjuntamente con Tin Tabs podrán usarse compresas calientes.

Gustosamente enviaremos literatura descriptiva a solicitud.

COLE CHEMICAL CO.

ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

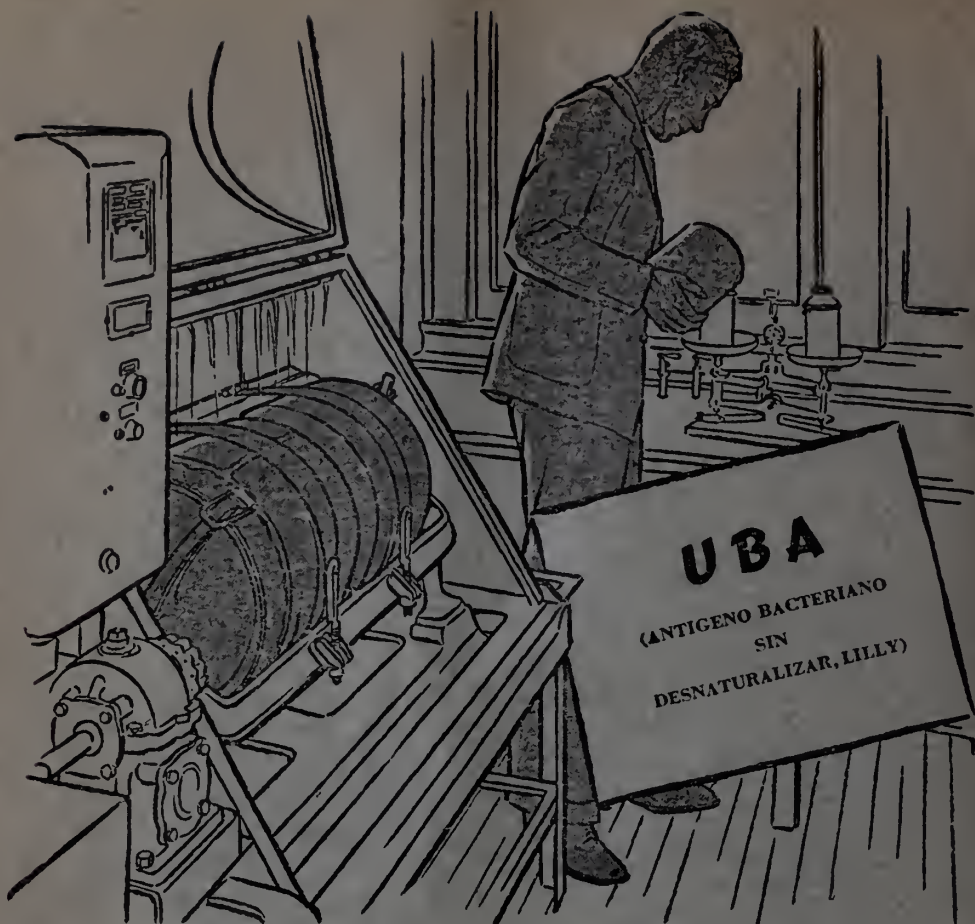
Enrique Vélez Posada

Calle O'Donnell No. 12, Box 1017 - San Juan, P. R.

INSIGNIAS DE MEDICO

Nuevamente tenemos en existencia las insignias para automóviles. Estos nuevos emblemas tienen el nombre de nuestra Asociación en español, y se venden al precio de \$2.50 cada uno.

Los compañeros asociados podrán obtenerlas en el edificio de la Asociación o por correo mediante el envío del importe de su orden.



EL desprendimiento de sustancias antigénicas de las bacterias por medio de la trituración de éstas en molinos especiales de bolas de acero, proporciona un tipo de vacuna que no ha sido alterada por el calor o por sustancias químicas. La respuesta terapéutica a los antígenos naturales de este tipo rinde una inmunidad específica

inusitada en la mayoría de los casos.

Los productos 'U B A,' elaborados conforme el método del Dr. A. P. Krueger, incluyen el Respiratorio 'U B A,' Estafilo-Estreptococo 'U B A,' Pertusis 'U B A' y el Gonococo 'U B A.'

La lista completa de productos 'U B A' puede obtenerse por conducto de las farmacias y droguerías.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E.U.A.

10 SEP 1940

AÑO XXXII

JULIO, 1940.

Número 7

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



	<u>Página</u>
El problema de las encefalitis, Luis M. Morales, M. D., Santurce, P. R.	227
Valor pronóstico de la conversión del esputo, Ramón T. Colón, M. D., Mayagüez, P. R.	240
El piotórax tuberculoso, Guillermo Salazar, M. D., Ponce, P. R.	244

EDITORIALES

La Asamblea de la Asociación Médica Americana	257
Asamblea de la Asociación Nacional de Tuberculosis	257
El premio Ashford en Medicina Tropical	258
Noticias Médico-Sociales	260
Abstracts of Papers on Tuberculosis	266

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

TIPOGRAFÍA SAN JUAN

DRENOBIL

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

Distribuidor Exclusivo:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.

L A S A

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

F O R M U L A

300 c. c. de LASA contienen:

Ortiguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c.c.
Jarabe saviá de pino	50 c.c.
Jarabe bálsamo tolú	60 c.c.
Glefina	150 c.c.

ANDROMACHUS CORPORATION
LONG ISLAND CITY, NEW YORK

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.



MEAD VITAMIN PRODUCTS



Name	Vitamins	Indications	Daily Dose
Mead's Standardized Cod Liver Oil	1,800 I.U. A 175 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, Xerophthalmia, Mucous Membrane Infections.	Infants: $\frac{1}{2}$ - 3 teaspoonfuls. Older Children and Adults: 3 tsp.
Mead's Viosterol in Oil	10,000 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, and during pregnancy and lactation.	Prophylactic: 5 drops. Therapeutic: 20 or more drops. Pregnancy and Lactation: 10 drops.
Mead's Viosterol in Halibut Liver Oil in drops and capsules	50,000 I.U. A 10,000 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, Xerophthalmia, Mucous Membrane Infections, and during pregnancy and lactation.	Prophylactic: 5 drops. Therapeutic: 20 or more drops. Pregnancy and Lactation: 10 drops or 1 capsule.
Mead's Oleum Percomorphum 50%, in drops and capsules	60,000 I.U. A 8,500 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, Xerophthalmia, Mucous Membrane Infections, and during pregnancy and lactation.	Prophylactic: 5 drops. Therapeutic: 20 or more drops. Pregnancy and Lactation: 10 drops or 1 capsule.
Mead's Cod Liver Oil Fortified With Percomorph Liver Oil	6,000 I.U. A 850 I.U. D per gram	Rickets, Tetany, Osteomalacia, Dental Caries, Xerophthalmia, Mucous Membrane Infections, and during pregnancy and lactation.	Prophylactic: $\frac{1}{3}$ teaspoonful. Therapeutic: $\frac{1}{2}$ - 3 teaspoonfuls. Pregnancy and Lactation: 1 tsp.
Mead's Brewers Yeast Powder and Tablets	50 I.U. B ₁ 50 Sherman U. B ₂ per gram	Anorexia, Beri-beri, Malnutrition, Constipation, Neuritis, Pellagra, and during pregnancy and lactation.	Infants: $\frac{1}{2}$ - 1 teaspoonful Powder. Older Children and Adults: 10 - 20 Tablets.
Mead's Thiamin Chloride Tablets	250 I.U. B ₁ (0.75 mg.) per tablet	Retarded growth, Anorexia, Intestinal Atony, Beri-beri, Bradycardia, Edema, Defective Carbohydrate, Metabolism, Polyneuritis, Inadequate Lactation.	Prophylactic: Children, $\frac{1}{2}$ - 1 tablet. Adults, 1 - 5 tablets. Therapeutic: 2 - 15 tablets.
Mead's Nicotinic Acid Tablets	20 mg. P.P. Factor of B ₂ per tablet	Glossitis Pellagra	60 to 500 mg.
Mead's Ascorbic (Formerly Cevitic Acid) Acid Tablets	500 I.U. C (25 mg.) per tablet	Scurvy All pyrexial states Hypermetabolism Infections Pyorrhea	Infants and Children: $\frac{1}{3}$ tablet. Adults: 1 - 3 tablets.
Dextri-Maltose B with Extracts of Wheat Embryo and Yeast	4 I.U. B ₁ 4 Sherman U. B ₂ per gram. Also contains iron and copper	For normal infants and those manifesting symptoms of vitamin B deficiency characterized by anorexia, loss of weight, spasticity of arms and legs, restlessness and dermatitis.	5 - 10 level tablespoonfuls in the feeding formula.
Pablum	3.5 I.U. B ₁ 2.5 Sherman U. B ₂ per gram. Also contains calcium, phosphorus, iron, copper and other minerals	Weaning, malnutrition and as a dietetic supplement in anemia, colitis, gastric ulcer, tuberculosis, convalescence, restricted diet, and all cereal purposes.	Infants: $\frac{1}{4}$ - 6 level tablespoonfuls once or twice daily, mixed with warm milk, milk formula or water. Older Children and Adults: 6 - 12 level tbsp. one or more times daily, mixed with milk or cream of the desired temperature and sugar and salt as desired.

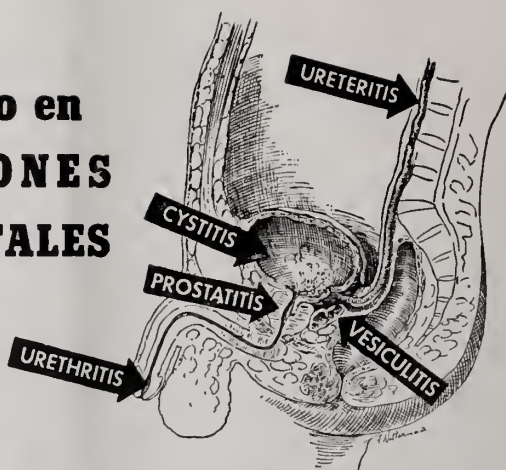
Samples and literature on request of physicians

Mead Johnson & Company, Evansville, Indiana, U.S.A.

Specialists in Infant Diet Materials and Pioneers in Vitamin Research

Apartado No. 3081, San Juan

El Primero en INFECCIONES UROGENITALES



ARGYROL

DESDE hace 36 años, las soluciones de ARGYROL han mantenido su supremacía contra las infecciones de la mucosa urogenital, por la indiscutible virtud de su eficacia superior, como lo demuestra la prueba del tiempo y la experiencia. En urología tienen muchas aplicaciones prácticas.

Contra la gonorrea, en ambos sexos, las soluciones de ARGYROL no sólo exhiben un alto grado de eficacia como gonococidas sino también como estimulantes de la reacción de los tejidos. Su uso es puramente local y no expone al paciente al menor peligro de trastornos constitucionales ni lesiones a la corriente sanguínea, asegurando así eficacia e inocuidad.

Contra la cistitis, además de su

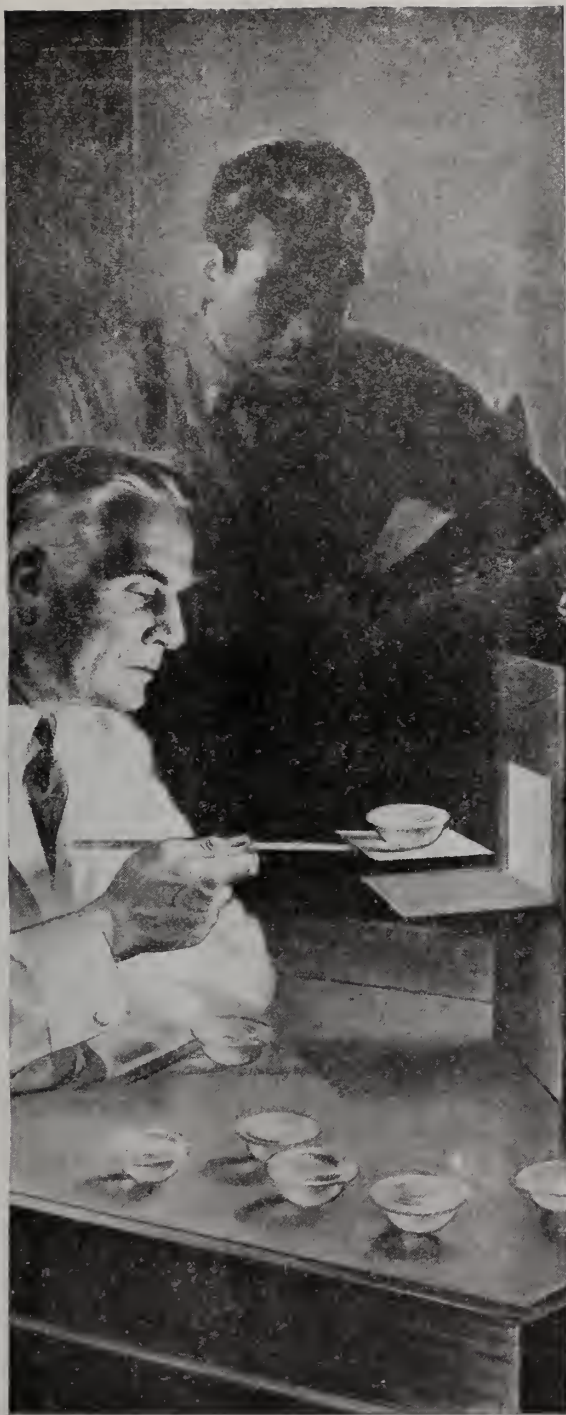
valor bactericida, las irrigaciones de ARGYROL son marcadamente sedativas y calmantes para la mucosa inflamada, ofreciendo así alivio pronto y grato de la disuria, estranguria, etc.

Debe advertirse con énfasis, el hecho de que una solución de ARGYROL no es simplemente otra proteína de plata débil. Es diferente de todas las demás, debido a que su composición química y física es distinta, y por razón natural, también es terapéuticamente distinta. Nuestra marca de proteína de plata débil jamás ha podido reproducirse con éxito; ningún otro producto de plata contiene plata en el mismo estado físico y químico, ni proteína de la misma alta calidad y estabilidad.

Para asegurar los resultados superiores que pueden esperarse solamente del genuino ARGYROL, especifique siempre ARGYROL de Barnes.

Argyrol fabricado solamente por A.C. Barnes Co.

A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.
Desde hace 39 años fabricantes exclusivos de ARGYROL y OVOFERRIN
ARGYROL es una marca de fábrica registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.



BAUSCH & LOMB OPTICAL CO.
ROCHESTER, N. Y. U. S. A.

SUS OJOS RECONOCEN CALIDAD

"Comprobando la prueba", expresión que se da a este procedimiento, es la verificación culminante de que el período de fundición del vidrio óptico se ha terminado. Esto requiere años de experiencia y destreza excepcional, cualidades inherentes de los operarios de Bausch & Lomb.

La investigación crítica que se lleva a cabo en la Fábrica de Vidrio de Bausch & Lomb predetermina la alta calidad del vidrio óptico. El mismo cuidado se ejerce para controlar todos los pasos en el diseño y manufactura de los lentes. La Fábrica de Vidrio permite a los ingenieros ópticos exigir el tipo de vidrio que reuna las especificaciones estipuladas y además pueden depender del índice de refracción adecuado, dispersión, uniformidad y ausencia de defectos. Como resultado, Bausch & Lomb puede producir microscopios, binoculares, espectrógrafos, colorímetros y todos los demás instrumentos ópticos de calidad y precisión insuperables.

Tenemos verdadero interés en ayudar a los hombres de ciencia en la solución de sus problemas, poniendo a su alcance estos finos instrumentos ópticos a los precios equitativos tradicionales. A petición, sin compromiso alguno, suministraremos catálogos ilustrados.

Agentes: H. V. GROSCH CO.

Calle Comercio Núm. 21

San Juan, P. R.

Bausch & Lomb



Alivio Prolongado de la Congestion y el Dolor

En condiciones traumáticas e inflamatorias, las aplicaciones del emplasto Numotizine mejorado, producen mejoría subjetiva y objetiva de varios modos:

Primero: aumentando la circulación y estimulando la fagocitosis acelera la eliminación de los desechos tóxicos del área afectada.

El dolor es aliviado debido a sus ingredientes analgésicos, y la temperatura febril es reducida gradualmente por la lentitud con que son absorbidos el guayacol y la creosota.

NUMOTIZINE

INDICACIONES

Algunas de las condiciones para las cuales Numotizine ha sido hallada más útil, son: torceduras, picaduras de insectos, forunculosis, amigdalitis y afecciones del pecho.

NUMOTIZINE, INC.

900 NORTH FRANKLIN STREET

CHICAGO, ILL., E. U. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
CASTAGNET & CASTILLO CO. — Tanca No. 1 — San Juan, P. R.

PLASTULES HEMATOGENAS

La Ferroterapia Moderna

Extensas pruebas clínicas muestran la marcada mejoría en la sangre producida por el uso de las Plástules Hematógenas en casos de anemia hipocrómica, anemia secundaria, anemias de la gravidez y debilidad general.

Sulfato Ferroso en
Cápsulas Elásticas Solubles
Simples y con
Concentrado de Hígado



BOVININE COMPANY

CHICAGO, ILL., E. U. A.

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

HIERRO

En una Forma Eficaz, Bien
Tolerada y Fácil de Tomar



PLÁSTULES HEMATÓGENAS

Al escoger la ferroterapia, las Plástules Hematógenas son las preferidas porque—Las Plástules Hematógenas

- Son satisfactorias en pruebas clínicas reales
- Son excepcionalmente bien toleradas
- Producen una reacción rápida en la sangre
- Dan excelentes resultados

Hoy en día se requiere una forma de ferroterapia eficaz y económica. Lo pequeño de la dosis, lo fácil de su asimilación y lo pronto de la reacción, hacen de las Plástules Hematógenas la ferroterapia preferida.



HASTA QUE EL BEBE USE PANTALONES LARGOS

"Al Dr. F.— H.— él contestó que la leche evaporada es la respuesta a la plegaria del pediatra y su uso debe continuarse hasta que el bebé use pantalones largos... Prácticamente todos los médicos presentes usaron la leche evaporada de primera intención en la alimentación artificial normal de infantes."—Discusión de Mesa Redonda, Novena Reunión Anual, Academia Americana de Pediatría; Jour. Pediat., p. 130, enero 1940

La cita anterior merece ser leída y releída. Nada en la literatura médica ha expresado en ningún momento, de manera más categórica, la actitud favorable de los pediatras en los Estados Unidos hacia la leche evaporada.

De escasamente menor significación que esta evidencia de que la leche evaporada es la leche de elección para la preparación de fórmulas alimenticias para bebés, es su recomendación como un alimento para niños mayores. Cuando la fórmula de leche evaporada no es ya apropiada, el médico no tiene el problema de tener que someter al niño a un cambio de leche. Lógicamente, él conti-

núa con la leche a la cual ya se ha acostumbrado el niño.

Y, lógicamente, el médico puede recomendar la Leche Carnation Irradiada como una leche evaporada de la más alta calidad. El sabe que su pureza, su fácil digestión, su uniformidad en la composición y su potencia de protección antirraquítica, hacen de esta leche el alimento ideal para todas las edades.



Agente Exclusivo: AMERICO MIRANDA
SAN JUAN, PUERTO RICO.

LECHE CARNATION

IRRADIADA

"De Vacas Contentas"

La Leche Carnation Irradiada ha sido aceptada por el Consejo de Alimentos de la Asociación Médica Americana.

CORTESIA
DE LA
FARMACIA BLANCO

*Cooperando con la Clase Médica Puertorriqueña por
más de 60 años*

— — —

SAN JUAN y SANTURCE

Teléfonos: San Juan 34 y 35

Santurce 785

*Adelanto aceptado en el tratamiento
de la gonorrea....*

S U L F A P I R I D I N A

NEISSER hizo el primer adelanto de importancia contra la gonorrea cuando en 1879 descubrió su etiología. Hasta que se descubrieron las sulfonamidas en 1935 el tratamiento de estas infecciones dejaba mucho que desear. Desde entonces han sido muchas las investigaciones sobre el uso de las sulfonamidas en la gonorrea. Es ahora generalmente reconocido que la sulfapiridina es sulfonamida muy eficaz en el tratamiento de las infecciones gonocócicas.

Los investigadores* han observado un alto porcentaje de curas aparentes en casos previamente no tratados. Además, un gran número de casos refractarios a otros derivados sulfonamídicos han respondido favorablemente a la sulfapiridina y esta droga ha demostrado tener valor en que arresta las complicaciones usuales de la enfermedad.

*VAN SLYKE, CO., MAHONEY, J. F. y WOLCOTT, R. R.; Ven. Dis. Inform. 21:169, mayo de 1940.

Literatura a solicitud

LEDERLE LABORATORIES CO.

76 CALLE SALVADOR BRAU — SAN JUAN, P. R.

SPINAL ANESTHESIA

for Prolonged Procedures

WHEN the surgeon and anesthetist are confronted with an operation that is likely to require more than an hour, a special problem is presented regarding the duration of anesthesia. As has been demonstrated in a number of the largest clinics in America, doses as small as from 10 to 20 mg. of Pontocaine hydrochloride result in anesthesia averaging for from two to three hours in the majority of cases. Thus, any fear that one is working against time is eliminated. In fact, it has been shown that by appropriate modification of the technic of administration the spinal block may be prolonged even to as much as five hours.

The concentration of Pontocaine hydrochloride—1 per cent in saline solution—which is commonly employed for spinal anesthesia has a specific gravity approximately that of the spinal fluid. Hence, Pontocaine is well adapted for the accepted methods of inducing spinal anesthesia and the individual operator need not deviate from his accustomed technic.



Supplied in 1 per cent solution in ampules of 2 cc., boxes of 10.

Write for booklet giving detailed information.

PONTOCAINE

Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of TETRACAINE

(Para-butyl-aminobenzoyl-dimethyl-amino-ethanol)

HYDROCHLORIDE



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y. — Windsor, Ont.

Samples and Literature on Request
PROPRIETARY AGENCIES, INC.
21 COMERCIO ST. - SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

JULIO, 1940.

Número 7

EL PROBLEMA DE LAS ENCEFALITIS*

L. M. MORALES, M. D., F.A.C.P.

Santurce, P. R.

I

El término “encefalitis” significa, etimológicamente, inflamación del encéfalo, de la sustancia cerebral. El concepto “encefalitis” como entidad de diagnóstico incluye, empero, una gran variedad de estados morbosos cerebrales, de diversa etiología y patogenia. Clínicamente se aplica el término a síndromes de la más variada naturaleza, lo cual se presta fácilmente a confusión.

A un extremo de la lista de enfermedades diagnosticables clínicamente como *encefalitis* están aquellos casos de inflamación del cerebro debida a bacterias piógenas y a ciertos agentes específicos como el espiroquete pálido y el bacilo de Koch. Al otro extremo algunos autores incluyen ciertos procesos patológicos cerebrales a los que se aplica el término encefalitis aunque se discute si son procesos inflamatorios, degenerativos o vasculares. En el centro de la lista y formando el sector principal en el que enfocaremos hoy nuestra atención se incluye el grupo de las encefalitis no-purulentas, causadas por virus filtrables. Son éstas en las que uno generalmente piensa cuando se enfrenta con el término encefalitis, y se hallan típicamente representadas por la llamada “Encefalitis Epidémica” o Encefalitis Letárgica de Von Economo.

Con alguna frecuencia veo enfermos que clínicamente presentan un síndrome que

justifica el diagnóstico de encefalitis. El práctico general, el internista y el pediatra ven estos casos con más frecuencia aún que el neurólogo, pues es adonde aquéllos que casi siempre acuden estos enfermos de primera intención. Estos casos encefalíticos ocurren en la práctica con mucho más frecuencia de lo que muchos creen, a juzgar por el número de post-encefalíticos que por ahí vemos, y en los que evidentemente ni siquiera se consideró la posibilidad de que la enfermedad febril aguda que sufrieran algunos años antes fuera una encefalitis.

Al aceptar la invitación con la que me honró el Dr. Koppisch, a nombre de la Escuela de Medicina Tropical, para que iniciara esta noche el ciclo anual de conferencias en esta institución, escogí como tema “El Problema de las Encefalitis”. Me indujo a seleccionarlo mi creencia de que la encefalitis abunda en nuestro medio más de lo que generalmente se sospecha, y mi deseo de tratar de precisar el término, que tan confuso resulta ser.

El título de esta conferencia abarca una gran latitud. ¡Pero es que tiene tantas facetas el problema! La clínica, la patológica, la etiológica, la nosológica, la serológica, la terapéutica son algunas de ellas. Hasta el punto de vista histórico podría dar tema para una interesante charla a quien supiera hacerlo bien. En realidad no podía decidirme al principio acerca de cual de los aspectos de la cuestión debería seleccionar para hacer estos comentarios.

* Conferencia dada en la Escuela de Medicina Tropical el 2 de noviembre de 1939.

Por fin me dispuse a plantear el problema en la siguiente forma, para circunscribirlo a los límites de una conferencia:

1. ¿Qué debe entenderse por *encefalitis* en la clínica médica?
2. La clasificación nosológica, anatómo-patológica y etiológica de las *encefalitis*.
3. Presentación de algunos casos que ilustran puntos de interés en el diagnóstico diferencial de las *encefalitis*.

II

La *encefalitis* se diagnostica clínicamente, en cualquiera de sus formas y no empee el factor etiológico que la causa, de acuerdo con ciertas normas que hacen del síndrome una entidad nosológica característica. Nadie mejor que WECHSLER, en mi opinión, ha resumido en forma más concisa, lúcida y juiciosa el criterio en que debe basarse un diagnóstico de *encefalitis*. Dice él que lo importante en estos casos es hacer antes que nada el diagnóstico, para luego averiguar, si es posible, la causa. Procede este autor enseguida a resumir las manifestaciones que caracterizan la mayoría de los casos de *encefalitis*, en la forma que traducimos a continuación:

“1. Es una afección aguda o semi-aguda, a veces de tipo apoplético. Puede volverse subaguda o crónica.

2. Por ser una afección inflamatoria, va acompañada casi siempre de algún grado de reacción total del organismo que generalmente se manifiesta por fiebre moderada.

3. Siendo como es una afección cerebral produce en casi todos los casos síntomas mentales variables: irritabilidad, insomnio, o estupor y hasta un estado comatoso.

4. En una gran mayoría de casos ocu-

rren perturbaciones de la reacción normal pupilar, y de otras porciones del aparato visual. Débese ésto a que la parte del cerebro más afectada es casi siempre el meso-*céfalo*.

5. Casi siempre están las meninges interesadas en el proceso patológico, por lo cual son muy frecuentes los signos de meningitis. Por lo menos debe de haber alguna pleocitosis en el líquido *céfalo-raquídeo*.

6. Lo diseminado de sus lesiones es tal vez lo más característico de las *encefalitis*. En una gran mayoría de casos los signos y síntomas indican la existencia de múltiples focos de inflamación, y el proceso morboso casi siempre afecta porciones diversas del cerebro sin relación alguna de contigüidad o continuidad.

7. Con frecuencia obsérvanse alteraciones de la motilidad, en forma de hiperquinesia, de hipoquinesia, o de parálisis.

8. Finalmente, en la mayoría de casos, la existencia de uno o más síntomas residuales atestiguan el hecho de haber padecido el paciente alguna vez de *encefalitis*.”

Ateniéndonos a estas normas no resulta tan difícil establecer clínicamente un diagnóstico de *encefalitis*, excepto en aquellos casos excepcionales que se presentan de vez en cuando y que ponen a prueba el acumen diagnóstico del más perspicaz.

Lo que determina el cuadro clínico en las *encefalitis* no es ni el proceso patológico ni el factor etiológico que la produce, sino la localización anatómica de la lesión. Toda reacción inflamatoria del cerebro causa ciertas alteraciones del tejido que resultan ser más o menos uniformes en todos los casos, con variaciones en intensidad pero no en calidad. Hallamos siempre, por ejemplo, una inflamación más o menos intensa de las meninges, infiltración perivascular en mayor o menor grado, hemorragias minúsculas, degeneración primaria o

secundaria de las células ganglionares y reacción de la glía. A veces, pero no siempre puede el patólogo determinar, por la intensidad de estas reacciones o por la preponderancia que algunas tengan sobre otras, el tipo de encefalitis que afectó al sujeto.

La semiología y el curso clínico del proceso están determinados en gran parte por las porciones del sistema nervioso que estén lesionadas. Cualquier clase de encefalitis, exceptuando tal vez el tipo luético y el tuberculoso y las encefalitis purulentas, de atacar las mismas estructuras exhibirá idénticas características clínicas. Es bien sabido, empero, que los diversos agentes etiogénicos que causan encefalitis muestran predilección por distintas porciones del cerebro, sea ya el puente de Varolio y la médula oblonga, el mesocéfalo, los ganglios basales, etc. Para establecer el diagnóstico de encefalitis lo importante es tomar en consideración, además de los síntomas y signos generales, los especiales que dependen de las estructuras afectadas. Si recordamos las porciones del sistema nervioso por las que muestran predilección las diversas formas de encefalitis, y sabemos interpretar las alteraciones de función a base de estructuras lesionadas, la variadísima sintomatología de las encefalitis dejará de ser tan confusa como a primera vista parece.

III

Cualquier clasificación que se intentase hacer de las encefalitis resultaría artificial y académica. Varios autores han ofrecido clasificaciones desde los puntos de vista de la clínica, de la etiología o de la anatomopatología. Ninguna está exenta de imperfecciones.

No pretendo haber inventado otra clasificación, que probablemente no haría más que complicar la confusión reinante. Pero

sí quiero presentar en esta ocasión una tabulación de las diversas formas de encefalitis. En los tipos causados por infección con algún virus (que son los que constituyen las verdaderas encefalitis en el sentido clínico corriente de la palabra) he añadido (véase la tabla adjunta) en columnas laterales correspondientes algunas notas breves acerca del factor etiológico y la localización preferida por el proceso y sus características anatomopatológicas más notables. Lo mismo he hecho con algunas otras formas de encefalitis que a mi juicio revisten algún interés especial.

Para fines de simplificación podríamos dividir las encefalitis —etiológicamente— en tres grandes grupos:

A—Granulomatosas y Purulentas

B—No supuradas

C—Encefalosis y Encefalopatías.

En la primera división incluiríamos las encefalitis que ocurren durante el curso de infecciones que se extienden al cerebro, como ocurre en los casos de meningitis por sífilis o tuberculosis; en los casos muy raros de actinomicosis y otras infecciones del sistema nervioso debidas a hongos (por ej. *torula*). Incluiríamos también las meningitis bacterianas. En la mayoría de estos casos predomina el cuadro producido por la inflamación meníngea y enmascara los síntomas encefalíticos. Las llamadas *encefalitis supuradas* o *purulentas*, causadas por extensión de algún foco local de infección (oídos, senos paranasales, etc.), no tardan en localizarse en el encéfalo en forma de absceso cerebral. Tanto las encefalitis granulomatosas como las purulentas constituyen entidades clínicas bien definidas, que tienen capítulo aparte en la clínica neurológica. Generalmente no se estudian entre las encefalitis propiamente dichas.

La segunda división comprendería las Encefalitis No-supuradas, tipificadas por la Encefalitis Epidémica. El concepto de encefalitis ha sido modificado notablemente desde la epidemia de Viena en el año 1917, que motivó el clásico trabajo del profesor Von Economo sobre la "Encefalitis Letárgica". En esta división, que es la que comprende las encefalitis producidas por algún virus filtrable, incluiríamos los siguientes tipos:

1. Encefalitis Epidémica, Tipo A (Letárgica)
2. Encefalitis Epidémica, Tipo B (Japonesa)
3. Encefalitis Epidémica, Tipo Saint Louis
4. Encefalitis Epidémica, Tipo Australiano
5. Encefalomiелitis caballar
6. Poliomieloencefalitis (extensión al encéfalo de las lesiones de la "parálisis infantil")
7. Encefalitis Rábica.

La tercera división, por último, serviría-nos para incluir una gran variedad de condiciones morbosas del encéfalo, a las que se viene aplicando el término "encefalitis", con más o menos propiedad. Algunas de estas enfermedades, según podemos ver en la tabla que acompaña a estas notas, no son reacciones inflamatorias del tejido cerebral. Entre estas mal llamadas encefalitis que se incluyen en esta división nos tropezamos con trastornos hemorrágicos, heredo-degenerativos, etc., del cerebro, por lo cual parece más apropiado llamar a estas condiciones "encefalopatías", y a algunas de ellas aplicarles el nombre de "encefalosis". (Este último término ha sido propuesto por Winkelman para designar los estados que hasta ahora se han conocido por encefalitis toxi-infecciosas y hemorrágicas). En es-

ta división podríamos poner las siguientes.

1. Encefalitis Post-infecciosas (que ocurren durante el curso o inmediatamente después de las enfermedades infecciosas, especialmente las exantemáticas).

2. Encefalitis Tóxicas o Hemorrágicas. (Las que aparecen en el curso de ciertas infecciones agudas, y en las intoxicaciones por algunos metales —plomo y arsénico— y alimenticias. La patología es casi idéntica a la del grupo anterior, y siendo la etiología probablemente la misma podríanse combinar estos dos grupos en uno al que se podría denominar "Encefalosis Toxi-infecciosas").

3. Polioencefalitis Hemorrágica Aguda Superior de Wernicke. (Encefalopatía Alcohólica).

4. Encefalopatía Serosa Aguda.

5. Encefalitis causadas por Protozoarios (Tripanosomiasis y Malaria).

6. Procesos degenerativos del tejido cerebral a los que se aplica también el término encefalitis. (A excepción del primero —la esclerosis en placas— que ocurre con alguna frecuencia, aunque escasa, son raros). Son éstos los siguientes:

a—Esclerosis Múltiple, o Esclerosis en Placas. También llamada *Encephalitis periaxialis scleroticans*.

b—Enfermedad de Schilder: *Encephalitis periaxialis diffusa*.

c—*Encephalitis periaxialis concentrica de Baló*.

d—Enfermedad de Devic: *Neuromyelitis optica*.

7. Finalmente, y para hacer esta tabulación completa, debemos mencionar aquí otras encefalopatías que ocurren en el curso de diversas enfermedades, pero sobre cuya etiología y patología existe gran confusión. Refiérome especialmente a la ence-

falopatía que ocurre con la tos ferina, y a la Corea de Sydenham. Hay también otras infecciones —la difteria, por ejemplo— en las que las toxinas bacterianas ejercen acción selectiva sobre el sistema nervioso. En otras la complicación encefalítica resulta incidental, como ocurre en el ántrax, el tífus, la fiebre de la garrapata, la psitacosis, el tétanos y el botulismo.

IV

Terminaré presentando algunos casos que ilustran puntos de interés clínico en el diagnóstico de las encefalitis.

El primero, que presento por cortesía del servicio de Pediatría del Hospital Presbiteriano, nos servirá para demostrar cómo otro tipo de lesión cerebral puede simular clínicamente una encefalitis:

(Caso No. 38675—Hosp. Presb.): Niño de diez años de edad, de raza negra, vecino de Loíza, fué admitido al Hospital en diciembre 16 de 1938. Su padre suministró la siguiente información: Unos quince meses antes de la fecha de ingreso al hospital cayó enfermo el niño por primera vez con unas calenturas que le subían hasta cuarenta grados centígrados, duraban uno o dos días y desaparecían espontáneamente. Ocurrían intermitentemente, acompañadas de escalofríos. El médico de asistencia diagnosticó malaria y prescribió quinina. La fiebre desapareció por varias semanas, al cabo de las cuales reapareció como antes. Unos siete meses después de comenzar estas fiebres se le torció el pescuezo al niño hacia el lado izquierdo, y desde entonces se le hacía muy difícil enderezar la cabecita. Luego se quejó el enfermo de fuertes dolores en la cabeza y en la pierna izquierda. Dos meses después de esto se iniciaron ataques convulsivos. El niño crujía los dientes, se ponía rígido, flexionaba las muñecas y se doblaba en forma de arco. Mantenía esta posición de opistótonos por unos quince minutos, pasados los cuales se ponía flácido y caía en un sueño profundo. Durante el ataque ha-

bía incontinencia de orina y de heces fecales. Duró esto durante varios días, pero luego el niño mejoró al extremo que pudo volver a la escuela. La fiebre reaparecía de vez en cuando. Cuatro meses después tuvo otro ataque convulsivo, y desde entonces repitieron con alguna frecuencia. Después de algunos que fueron muy violentos el niño no pudo caminar porque tenía las piernas "mongas" y le dolían mucho. Cuatro días antes de ser admitido al hospital sufrió un ataque muy fuerte, y estuvo espástico durante unas doce horas. Desde entonces se quejó de un dolor de cabeza intenso continuo.

La nota de ingreso describe al enfermito como un niño desnutrido, aletargado, acostado con la cabeza en extensión, respirando rápidamente pero sin cianosis. Contestaba con lentitud y dificultad a las preguntas que se le hacían. Obedecía lentamente algunas órdenes, pero caía inmediatamente en un estado de sopor. La única anomalía que presentaba a la exploración neurológica era la ausencia de los reflejos abdominales en ambos lados y un mareado elono del pie izquierdo. La impresión diagnóstica inicial fué *Meningitis Tuberculosa*, o *Encefalitis Letárgica*. Algunas horas después fué examinado el enfermo ese mismo día por otro médico interno que describe su estado así: "La exploración revela un niño de diez años de edad, en estado semi-comatoso. Responde a las preguntas, a veces reconoce ciertos objetos, y otras veces se queja de que no ve. Toda la musculatura está espástica. Hay rigidez de la nuca. El signo de Kernig es positivo en ambos lados, y el de Brudzinski es también positivo. Hay elono sostenido del pie izquierdo. Los reflejos cremastéricos y abdominales están ausentes. Impresión diagnóstica: *Meningitis Tuberculosa*."

Se le practicó raquicentesis. El líquido céfalo-raquídeo salió bajo presión aumentada. Era transparente, pero levemente teñido de amarillo. El conteo celular fué 0. Globulinas levemente aumentadas. Azúcar, 87 mgms. por ciento. La laminaella teñida con Gram no reveló organismos.

Una nota del médico jefe del servicio, fechada diciembre 19 ratifica los hallazgos anteriores, salvo las siguientes modificaciones: Los ojos presentan un movimiento rítmico

lateral, y a veces se observa nistagmo. El fondo ocular presenta las arterias pequeñas, y las venas no son prominentes. Sólo pudo verse la papila derecha, y por su palidez daba la impresión de una atrofia óptica. El reflejo rotuliano y el de Aquiles, ausentes en el lado derecho. En ese mismo lado están hipoactivos los reflejos del brazo. Todos los reflejos tendinosos del lado izquierdo, hiperactivos. Babinski positivo en el lado derecho. El paciente estaba en coma profundo hoy. La impresión es que se trata de una reacción inflamatoria del encefalo probablemente meningitis tuberculosa, y en segundo término de posibilidades *encefalitis crónica*. Poco después, una vez conocido el resultado del examen del l. c. r. el facultativo modificó su diagnóstico, estableciendo uno definitivo de *Encefalitis, tipo indeterminado*. El niño murió en diciembre 20. Su temperatura durante los cuatro días que estuvo hospitalizado fluctuó entre 99 y 101 grados Fahrenheit, y el pulso entre 120 y 150. La autopsia le fué practicada por el Dr. F. Reyes. El diagnóstico neurológico post-mortem fué *Spongioblastoma Multiforme Cerebral*. Transcribo a continuación parte del protocolo —la que describe una sección del cerebro, y el comentario final del Dr. Enrique Koppisch (Autopsia No. 1082, Escuela de Med. Trop.):

"Brain: (A) (Tumor) The section includes the neoplasm and adjoining cerebral substance to one side. The tumor is composed of cells that for the most part are medium sized to large and are often round or somewhat polygonal. The nuclei are pale and vesicular and not infrequently are found towards the periphery of the cells. Two or more nuclei are not infrequently seen within a single cell. The cytoplasm is abundant, pinkish and at times of hyaline appearance. The cells occur in no particular arrangement, but at times they tend to form ill-defined bundles and in these areas they are fusiform. The stroma is delicate, edematous in many places, and moderate in amount. There are large areas of edema from which the tumor cells have disappeared and the only ones remaining are those in the neighborhood of the blood vessels. The tumor is well vascularized. There are fairly marked variations in the shape and size of

the neoplastic cells. The margin between the tumor and adjacent cerebral tissues is fairly sharp. The brain substance in the neighborhood of the tumor is distinctly edematous and the cells are flattened. A considerable extent of ependymal lining is included in this section. There is extreme edema of the subjacent cerebral tissue and this has produced folding of the ependymal lining over small edematous projections"... *Final Note:* A case of spongioblastoma multiforme growing from the septum pellucidum into the left lateral ventricle and producing marked internal hydrocephalus through obstruction of the foramina of Monro. The ependymal granulations described grossly were due to edema of the underlying cerebral substance, there being no evidence of tuberculosis in any of the organs. There was, incidentally, a marked hyperplastic condition of two or three microscopic groups of acini in the thyroid gland. This lesion is somewhat puzzling because of the marked grade of hyperplasia and because of apparent invasion of blood sinuses although the latter point could not be ascertained with absolute certainty."

Comentario: Este caso nos demuestra cómo una condición tumoral del cerebro puede clínicamente simular el cuadro de una encefalitis. Tan es así que Courville, en su clasificación de las encefalitis de acuerdo con posibles factores etiológicos pone en primer lugar los tumores "agudos" del cerebro, notablemente —apunta él— el *glioblastoma multiforme*. Hace referencia también a la frecuencia con que el diagnóstico de encefalitis ha sido hecho en casos de gliomas malignos de crecimiento rápido. El curso clínico relativamente corto, la cefalea, falta de atención, irritabilidad y somnolencia de que se quejan estos enfermos sugieren la posibilidad de que sea encefalitis, máxime cuando hay elevación de la temperatura, leucocitosis moderada y tal vez pleocitosis leve. *Bailey* en su excelente monografía sobre tumores intracraneales dedica también un interesantísimo capítulo

lo al estudio de los *espongioblastomas*, y en él comenta cómo resulta fácil a veces confundirlos con la encefalitis. Son muchos los casos de tumores cerebrales que han sido clínicamente diagnosticados como encefalitis, y los pacientes con encefalitis que a su vez han ido a parar, equivocadamente, a la mesa del neurocirujano.

El segundo caso que presento en esta ocasión es otro del Hospital Presbiteriano (Caso No. 16862) :

Se trata de un joven norteamericano continental, que llegó de Santo Domingo adonde estaba residiendo, para ingresar en el Hospital Presbiteriano en mayo 5 de 1926. Llegó al hospital en estado estuporoso. La historia que pudo obtenerse reveló que este joven gozaba de perfecta salud hasta una semana antes de llegar aquí. Su dolencia se inició una noche que tuvo una pesadilla y al despertar notó que no podía moverse libremente en la cama. Desde entonces sintió gran malestar general, que fué aumentando día por día. Al segundo día de enfermedad sintió leve escalofrío y tuvo vómitos y mucho dolor de cabeza. Un médico de la localidad creyó que era un caso de malaria y prescribió quinina. La enfermedad progresó rápidamente, con fiebre moderada y sensación de debilidad muscular en las piernas. Esta debilidad fué intensificándose, a la vez que se extendía por la espalda y los brazos. Desde el primer día sintióse soñoliento. Cuando llegó al Hospital apenas podía moverse, y lo costaba gran trabajo hablar. Hacía dos días que se expresaba con gran dificultad, y tenía la voz muy apagada, apenas perceptible. La exploración física reveló un hombre joven, respirando con alguna dificultad, y aparentemente enfermo de gravedad. Fué muy difícil obtener un historial completo. Examen de la cabeza negativo. Pecho negativo. Vientre normal. El examen neurológico demostró lo siguiente: Nistagmo vertical y horizontal. Las extremidades inferiores no demostraban parálisis alguna, y la coordinación de movimientos era normal. No había trastornos sensoriales. Las extremidades superiores presentaban paresia muscular, con dificultad de mo-

vimiento, aunque no había parálisis definitiva. Reflejos tendinosos de las extremidades superiores, ausentes en ambos lados. Los reflejos rotulianos estaban ausentes en ambos lados, el reflejo de Aquiles disminuído bilateralmente; el reflejo plantar normal y los abdominales y el cremasteriano ausentes. El signo de Koernig, negativo. No se halló parálisis de ninguno de los nervios craneales. *Datos de laboratorio:* Recuento de leucocitos, 12,000, con 86% de polimorfonucleados. Examen de sangre para malaria, negativo. Se hizo una raquicentesis, obteniéndose el líquido céfalo-raquídeo bajo presión aumentada. Su análisis reveló la presencia de azúcar y albúmina, y un conteo celular total de 32 leucocitos por mme., de los cuales el 40% eran polimorfonucleados y el 60% linfocitos. El médico de asistencia hizo un diagnóstico de urgencia de Encefalitis Letárgica. A medianoche del mismo día en que ingresó al hospital sufrió el paciente una convulsión generalizada, y una hora después falleció.

Practicada la autopsia por el Dr. Costa Mandry, el diagnóstico anatómico en lo que respecta al sistema nervioso fué Poliomyelitis Anterior Aguda y Encefalitis. Transcribo a continuación el párrafo del protocolo de autopsia que describe el examen del cerebro y del cordón:

"*BRAIN AND CORD:* Ten sections including cord, cerebellum, brain —pons and basal ganglia—. In general the sections of the brain are negative except for marked congestion of the vessels and possibly an occasional petechial haemorrhage. In one section there is a tiny inflammatory focus, composed of large endothelial-like cells with some of the blood vessels showing very slight mononuclear infiltration. The cerebellum shows only congestion. In the cord extensive destructive inflammatory changes are found. These are most marked in the anterior horns. There is disintegration of the ganglion cells, and marked perivascular infiltration and distention of the capillaries. The nerve roots show similar but less marked changes. Marked mantling of the meningeal vessels, particularly in the anterior fissure".

Hay, además, una nota final muy interesante del Dr. Lambert, primer director de

DIAPHRAGMA ANATOMO - FISIOLOGICO

(Adaptado de Grothers)

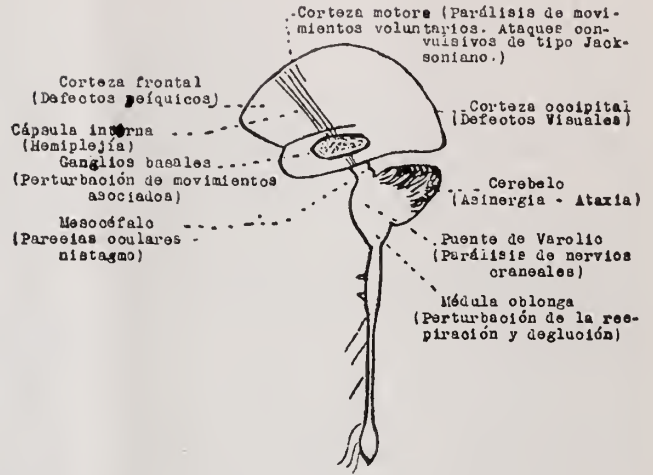
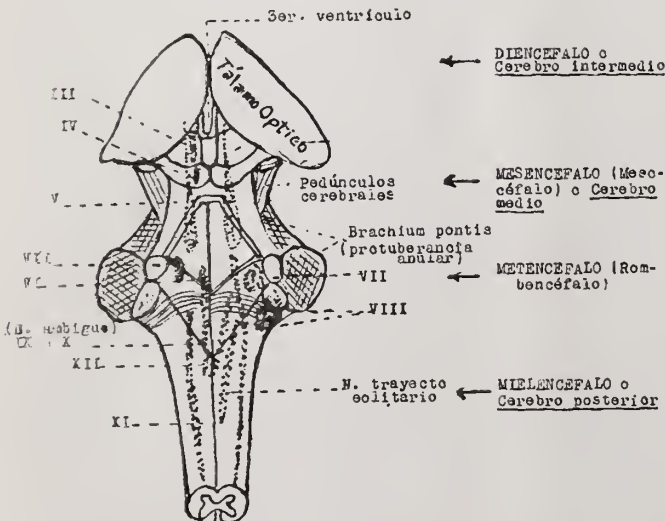
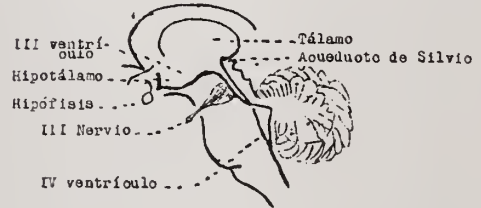
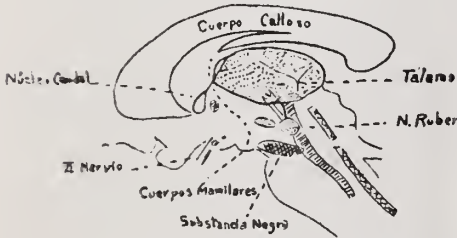


DIAGRAMA DEL ASPECTO Y RELACIONES DE LA REGION DIENCEFALO-MESENFALICA EN UN CORTE SAGITAL PARAMEDIANO

(Adaptado de L'Hermite)

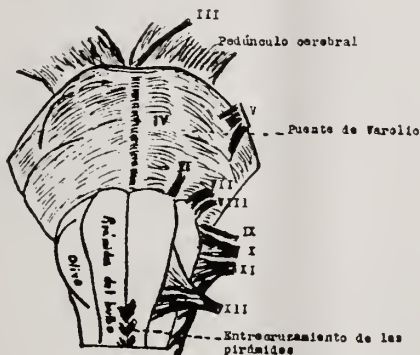


Los núcleos de los nervios craneales, esquemáticamente representados en un diagrama esquemático de una vista dorsal, transparente, del tronco cerebral.

(Adaptado de Jelliffe & White)

CARA VENTRAL DEL MESOCEFALO,
CON LOS PUNTOS DE SALIDA DE
LOS NERVIOS.

(Según Bing)



esta Escuela, parte de la cual dice así: (refiriéndose al caso que nos ocupa): "Lesions of importance were found only in the central nervous system. These were of an acute inflammatory character involving mainly the gray matter of the cervical cord (It was unfortunate that the rest of the cord was not removed). Very slight inflammatory changes of the same character were found in two out of nine sections of the brain. Lesions in the cord corresponded in every way with those found in typical cases of epidemic poliomyelitis. The lesions in this case are more destructive than I have ever seen in encephalitis lethargica, where as is well known, lesions in the upper portion of the cord are sometimes found..."

Sólo quiero hacer un corto comentario sobre este caso. Nos hallamos aquí ante un cuadro clínico que sugiere el diagnóstico de encefalitis con extensión a la médula. La ausencia de signos oculares sería lo único que nos haría dudar del diagnóstico.

Hemos visto, sin embargo, cómo no se trataba aquí de una encefalitis primaria, sino

de lesiones encefálicas que eran extensión de un proceso mielítico, apesar de lo relativamente raro de la poliomyelitis en adultos. Mi intención al recordar este caso no fué otra que la de contrastarlo con el anterior, insistiendo al mismo tiempo en el hecho tan frecuente de que lesiones de la más diversa naturaleza que producen secundariamente una inflamación del tejido cerebral pueden presentar aspectos que nos induzcan a considerarlos clásicos de encefalitis.

RESUMEN: (1) Se hacen consideraciones encaminadas a aclarar, puntualizar y definir el concepto de Encefalitis.

(2) Sin intentar hacer una clasificación original ni nueva de las encefalitis, se ofrece un resumen, en forma tabulada, de los distintos tipos de la enfermedad.

(3) Se citan dos casos clínicos que presentan puntos de interés para el diagnóstico de encefalitis.

N. B. Cuando fué presentado este trabajo en la Escuela de Medicina Tropical fueron presentados además tres casos clínicos que ilustraban puntos de interés en el

diagnóstico de lesiones debidas a encefalitis, especialmente en el parkinsonismo post-encefalicito.

ENTIDAD CLINICA	ETIOLOGIA	ANATOMIA PATOLOGICA	
		Macroscópica	Microscópica
1. <i>Encefalitis epidémica de Tipo "A"</i> (Sinónimos: "Encefalitis Letárgica de Von Economo" "Encefalomieltis Aguda")	Virus neurótrofo similar al del herpes febril	Principalmente en el diencéfalo y el mesocéfalo y porciones inmediatas adyacentes. En los casos crónicos, especialmente los parkinsonianos la alteración más característica es en la sustancia negra.	Proceso inflamatorio difuso, aunque relativamente selectivo. Interesa principalmente la materia gris con destrucción de células ganglionares (tigrólisis), infiltración hufocítica perivascular y alguna microgliosis.
2. <i>Encefalitis Epidémica de Tipo "B"</i> (Encefalitis Japonesa: Epidémica en el Japón en los años 1871, 1912, 1924 y 1929) "Meningoencefalitis Aguda")	Virus filtrable ultramicroscópico, patógeno para los conejos.	Igual que la anterior, pero hay más tendencia a lesión en las meninges, la corteza cerebral y la médula. No hay tanta destrucción de la sustancia negra ni de los núcleos oculomotores.	Parécida a la anterior, a excepción de que aquí la reacción meníngea es más severa, las hemorragias y áreas necróticas más frecuentes.
3. <i>Encefalitis Epidémica de St. Louis</i> (Llamada así por los 1,100 casos que ocurrieron en San Luis, Missouri, y territorios limítrofes en el verano de 1933.) Sospecha de transmisión por mosquitos.	Virus patógeno para las ratas y algunos monos de la familia macacines. (N. B. Durante los años 1920-1933 diversos investigadores han conseguido aislar del cerebro, la nasofaringe, la médula y el líquido cefalorraquídeo de pacientes con Encefalitis Epidémica, 13 tipos de virus. (Neal)	Muy parecido al Tipo B. Se diferencia de ella y del Tipo A, en que aquí las lesiones son más difusas en el tronco cerebral, corteza y médula.	Aún no se ha terminado estudio completo del material recogido en la epidemia del 1933. Hasta la fecha las lesiones descubiertas son idénticas a las del Tipo B o Encefalitis Japonesa.
4. <i>Encefalitis Australiana</i> ("Australian "X" Disease) Llamada así por los pequeños brotes que han ocurrido en ciertas regiones de Australia en los años 1917 y 1918	Virus que no ha sido aislado, pero que ha resultado ser patógeno para los conejos, ovejas, caballos y becerros. (Investigadores australianos han transmitido la enfermedad a estos animales, inyectándoles una emulsión de tejido nervioso de personas afectadas. El virus Tipo A no ha prendido en caballos, en ovejas ni en becerros).	Igual que la Tipo B. También se han descrito lesiones en los núcleos dentellados del cerebro en la región dorsal del puente de Varolio y médula, y en la sustancia gris del cordón espinal.	Idéntica a la del tipo anterior ("B")
5. <i>Encefalomieltis Caballar</i> (Descrita por K. F. Meyer en una epidemia caballar en California en 1920. En 1932 ocurrió otra epidemia en los caballos de Nueva Inglaterra, y en 1938 en Minnesota. En 1938 ocurrió otra epidemia caballar en Nueva Inglaterra, pero esta vez atacó también a varias personas. De las 25 que murieron, 24 eran niños menores de 10 años. El curso clínico de la enfermedad es distinto al de las encefalitis de los tipos A y B)	Virus distinto al de los tipos A y B, pero también patógeno para el hombre. Muchas variedades de pájaros han sido inoculados con éxito.	(En un caso informado por Fothergill, et al) Intenso edema del cerebro y la médula. Los cambios patológicos más notables en la corteza, mesocéfalo y tronco cerebral.	Gran acúmulo de células mono- y polinucleares, e infiltración de microglía alrededor de las neuronas lesionadas o muertas. Trombos microscópicos diseminados en el cerebro.

ENTIDAD CLINICA	ETIOLOGIA	ANATOMIA PATOLOGICA	
		Macroscópica	Microscópica
6. <i>Polio-mielo-encefalitis</i> (Extensión al encéfalo del proceso de la poliomyelitis anterior aguda).	Virus filtrable (Puede ser aislado del líquido cefalorraquídeo, cerebro y nasofaringe).	En individuos que mueren del tipo fulminante de polio, la corteza cerebral presenta un tinte azulado debido a la intensa congestión capilar. Lesiones, a veces, en el tegmento de la médula oblonga y puente Varolio.	La lesión esencial es intensa infiltración de linfocitos, y necrosis aguda de núcleos afectados. Intensa congestión vascular y hemorragias en foco. (Courville) N. B.: Este autor informa 51 casos de polio, tipo bulbar en serie de 15,000 autopsias.
7. <i>Encefalitis Rábica</i>	Ocorre en el curso de un ataque de hidrofobia. Causada por un virus.	Proceso anatomopatológico muy parecido al de la encefalitis epidémica y al de la poliomyelitis. Corpúsculos negri (característicos).	
8. <i>Encefalitis post-infecciosas</i> . ("Encefalosis de Winkelman") (Encefalitis, o mejor, meningoencefalomielitis que ocurren durante o inmediatamente después de procesos infecciosos agudos. <i>Ordenados según frecuencia relativa con que ocurren:</i> a. Sarampión b. Sarampión alemán c. Varicela d. Parotiditis e. Viruela f. Vacuna	<i>Etiología discutida.</i> Diversas teorías: 1—Virus neurótropo reactivado por la infección primaria. (Este virus hipotético jamás ha sido aislado). 2—Virus de la enfermedad original invade el sistema nervioso. (Sólo muy rara vez ha sido recuperado del cerebro de estos enfermos). 3—Toxinas producidas por virus de la infección original, destruyen la mielina. 4—Reacciones alérgicas o anticuerpos, destruyen la mielina.	Materia blanca de los hemisferios cerebrales del cerebelo, tronco cerebral y médula. Vasos sanguíneos. Meninges. Nervios craneales afectados en el orden siguiente, según frecuencia: VII III II VI VIII	Focos de reblandecimiento alrededor de las venillas, con marcada reacción de la microglia. <i>Característica:</i> desmielinización perivascular. También se ha hallado inflamación y cromatólisis de neuronas corticales. Hemorragias corticales, en forma de petequias. En las meninges edema y algunos focos de infiltración linfocítica.
9. <i>Encefalitis Tóxicas</i> ("Encefalitis Hemorrágica de Strumpel" "Púrpura Cerebral"). Aparecen en el curso de infecciones agudas respiratorias, mastoiditis, pulmonía, septicemia. Algunos la consideran idéntica a las del grupo anterior. Ocorre también en envenenamiento por plomo o arsénico "Encefalitis por Arsenfenamina". Envenenamiento por carnes y embutidos.	Reacción del tejido neurológico a las toxinas. (Esta condición ha sido descrita por distintos investigadores, en diversas toxemias, y en infecciones. Las llamadas "Encefalitis Traumáticas" son incluidas generalmente en este grupo.	Los focos hemorrágicos del tamaño de punta de alfiler están diseminados por toda la sustancia cerebral. Sitios más frecuentes: Materia blanca del centro oval, cuerpo calloso y cápsula interna. Posiblemente también en la materia gris especialmente tálamo y otros ganglios basales (Alpers)	En el centro de cada foco hay casi siempre un vaso capilar cuyo endotelio está edematoso o destruido, con pyknosis o pérdida del núcleo. A veces el lumen del capilar obliterado y trombótico. Tejido necrótico alrededor del vaso central; y colindando, célula de glia en forma de empalizada. "Ringblutungen"
10. <i>Polioencefalitis Hemorrágica Aguda</i> ("Encefalopatía Alcohólica"; Polioencefalitis aguda hemorrágica superior de Wernicke)	Tipo hemorrágico de encefalopatía, que ocurre principalmente en casos de alcoholismo crónico. Se ha descrito idéntica condición en la Influenza y en las diátesis hemorrágicas. (Spielmyer) Según Wechsler existe evidencia clínica, patológica y experimental de que una deficiencia vitamínica es básicamente responsable del proceso degenerativo y hemorrágico.	En la mayoría de los casos el proceso patológico se halla limitado a la región alrededor del Acueducto de Silvio. (Interesa, por lo tanto, especialmente los núcleos de los nervios III y IV craneales.	Gliosis marginal o endimaria, y proceso proliferativo vascular.

ENTIDAD CLINICA	ETIOLOGIA	ANATOMIA PATOLOGICA	
		Macroscópica	Microscópica
11. <i>Encefalitis Serosa Aguda</i>	Observada por Brown y Simmers en niños menores de 7 años. Curso violento y fatal. Autores citados creen que es una forma de Encefalitis Epidémica en la que hay transudación de suero en vez de celular en los espacios perivasculares. Muy probable que sea debida a una toxemia aguda.	Cerebro blando y recrecido, con aplanamiento de las circunvoluciones, obliteración de los surcos y edema de las leptomeninges.	Vasos cerebrales distendidos. Edema perivascular sin infiltración celular. Edema pericelular con degeneración albuminosa de las células piramidales. Los capilares cerebrales henchidos de eritrocitos, a punto de reventar, pero no hay hemorragia.
12. <i>Encefalitis de Origen Protozoario</i> 1. <i>Malaria</i>	Generalmente en los casos malignos de <i>p. falciparum</i> .	Síntomas pueden deberse a oclusión de los pequeños vasos por émbolos compuestos de parásitos y de eritrocitos. Se han informado focos cerebrales de púrpura hemorrágica, y también en las meninges. La corteza puede ser color pizarra, debido a pigmento depositado en vasos pequeños.	Los pequeños vasos muestran cambios degenerativos. También hay leve infiltración celular perivascular. Hemorragias.
2. <i>Trypanosomiasis</i> . a—Africana	<i>T. gambiense</i> y <i>T. rhodesiense</i> . (Limitada a ciertas regiones de Africa.	Meningoencefalitis difusa, con focos inflamatorios en las sustancias gris y blanca cerebral.	Alteraciones no específicas en las células nerviosas, y cambios en los vasos pequeños, sugestivos de los que aparecen en la parálisis general progresiva.
b—Americana ("Enfermedad de Chagas") Todos los casos informados han sido en Brasil.	Créese que hay un tipo neurótrofo del <i>Schizotrypanum Cruzi</i> (transmitido por la picada del insecto <i>Lamuschinus</i>) que invade el sistema nervioso exclusivamente.	El cerebro está sembrado de granulomas miliares formados por células de microglía hipertrofiadas. Estas se multiplican rápidamente formando estructuras quísticas que reventan y originan reacciones inflamatorias locales. Las lesiones se encuentran en todo el cerebro, pero abundan más en la materia gris de la corteza, ganglios basales y núcleos del tronco cerebral. (Lesiones numerosas del mismo tipo asientan en el corazón, músculos, estriados, hígado, bazo, tiroides y suprarrenales, glándulas linfáticas y médula ósea.)	Las células hipertrofiadas de microglía abundan cerca de los pequeños vasos, cuya capa adventicia se halla infiltrada de linfocitos. En los granulomas hallanse los organismos patógenos, y también se encuentran en los astrocitos y células nerviosas. Algunos organismos pueden hallarse en las meninges. (Ford).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Alpers, Bernard J.* — So-called "Brain Purpura" or "Hemorrhagic Encephalitis: A Clinicopathological Study (Arch. Neur. & Psych. XX, 3; Sept. 1938).
- Annals of Internal Medicine* (Editorial, pág. 368 del número correspondiente a agosto de 1939).
- Christiansen, Viggo* — Encephalitis Epidémica (en Nelson Medicine, Vol. VI, pp. 265-278 J).
- Courville, Cyril B.* — Pathology of the Central Nervous System (Pacific Press, Mountainview, Calif., 1937).
- Curschmann, Hans y Kramer, Franz* — Tratado de las Enfermedades del Sistema Nervioso (Editorial Labor, Barcelona, 1932).
- Ford, Frank R.* — Diseases of the Nervous System in Infancy, Childhood and Adolescence (Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1937).
- Friedman, E. D.* — Nonsuppurative Encephalitides (en Nelson Medicine, Vol. VI, pp. 279-295).
- Grinker, Roy R. y Stone, Th. T.* — Acute Toxic Encephalitis in Childhood: A Clinicopathological Study of Thirteen Cases (Arch. Neur. & Psych., XX, 2; Aug. 1928).
- Jelliffe, S. E. y White, Wm. A.* — Diseases of the Nervous System (Lea & Febiger, Philadelphia, 1928).
- Kroll, M.* — Los Síndromes Neuropatológicos (Ed. Modesto Usón, Barcelona, 1931).
- Low, A. A.* — Acute Toxic (Nonsuppurative) Encephalitis in Children (Arch. Neur. & Psych., XXIII, 4; Apr. 1930).
- Rea, R. Lindsay* — Neuro-ophthalmology (C. V. Mosby Co., St. Louis, 1938).
- Sergent, E. et al* — Tratado de Patología Médica y de Terapéutica Aplicada, (Tomo V, pp. 211-231 (Ed. Pubul, Barcelona, 1926).
- Von Economo, C.* — La Encefalitis Letárgica (Espasa-Calpe, Madrid, 1932).
- Wechsler, I.* — A Textbook of Clinical Neurology (W. B. Saunders Co., Philadelphia; 4a. ed., 1939).

From the point of view of the clinical management of the individual case of tuberculosis and from the broader aspect of public health control of the disease, no one test occupies a position of greater importance and significance than that of the sputum examination. The persistence of a positive sputum is regarded as clear evidence that pathological activity of the di-

sease has continued. An improved technique of sputum examination for acid-fast bacilli using tergitol has been reported. The use of this is said to approximate the results obtained by the use of guinea-pig inoculation, which is impractical except in selected cases because of cost. S. A. Petroff and P. Schain, Quar. Bull. of Sea View Hosp., Jan. 1940.

VALOR PROGNOSTICO DE LA CONVERSION DEL ESPUTO*

RAMON T. COLON, M. D.

Mayagüez, P. R.

Cuando nos detenemos a estudiar los resultados del pneumotórax artificial, o a valorar su eficacia como medida terapéutica, nos encontramos con grandes dificultades debido a los distintos factores que influyen en el resultado final del tratamiento. Las estadísticas del resultado final serían incompletas y nunca revelarían el verdadero valor del procedimiento. Ritz y Hiesburg dan resultados obtenidos en una larga serie de casos tratados con pneumotórax artificial; y ellos anotan que 52% curaron o mejoraron, del 48% restante algunos empeoraron y otros murieron. El 52% que respondió bien al tratamiento está dividido en curados y mejorados. Esto no da una idea del resultado final porque muchos de los casos mejorados pueden empeorar durante el curso del tratamiento, pues es de común conocimiento que en muchos casos de tuberculosis se nota una rápida mejoría en los primeros meses del tratamiento con el pneumotórax artificial y que más tarde empeoran notablemente. El hecho de que ellos hayan incluido los mejorados en el 52% ha variado sus conclusiones porque no sabemos cuantos de estos fueron a engrosar el 48% más tarde. Aún los quiescentes y los aparentemente detenidos no podrían incluirse en los resultados finales porque estos estados son inestables y pueden progresar o retroceder en su mejoría.

La condición del detenido y curado es muy difícil de incluir en estadísticas de algún valor debido a la dificultad del "follow up" en los casos ambulatorios.

El tratamiento dura tres años y durante

este tiempo muchas cosas pueden suceder. No se podría tener hospitalizado al paciente por tres años, luego darlo de alta y seguir la observación por un año más para declararlo curado o detenido.

Tenemos que darnos cuenta que estamos ante un tratamiento muy especial y una enfermedad más especial todavía; y no es posible tabular estadísticas como en otros procedimientos terapéuticos basadas en resultados estables y finales. Nos queda, pues, (como único factor estable) para un estudio cuantitativo de valores, la conversión de esputos. Esto tiene un gran valor pronóstico, es un guía seguro para el clínico durante el curso del tratamiento.

Un estudio de estadísticas para valorar la eficacia del pneumotórax artificial debe estar basado en la conversión de esputos mientras tanto no se encuentre otro signo más consecuente.

Voy a presentarles un estudio hecho sobre 251 casos sometidos a tratamiento de pneumotórax. Los casos no han sido seleccionados. Fueron cogidos por el orden de records, revisados uno por uno bajo distintos aspectos y los resultados tabulados.

De los 251 a 250 se les pudo iniciar el tratamiento, a uno no se le encontró espacio pleural libre. 140 convirtieron el esputo y 110 no convirtieron el esputo. 56% convirtió y 44% no convirtió de los 250 a quienes se les pudo establecer un colapso.

Según la proporción de las cifras vemos que de cada dos casos sometidos a tratamiento uno convirtió el esputo. Una proporción de uno a dos.

Vamos a analizar ahora qué factores además de la técnica operatoria pueden influir en la conversión de esputo en los casos so-

* Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, celebrada en Yauco el 7 de julio de 1940.

metidos a tratamiento. De los 250 casos en que el neumotórax se pudo establecer:

111 eran varones

139 eran hembras

60 varones convirtieron el esputo o sea 54.5%; 80 mujeres convirtieron el esputo o sea 57.1%. Aquí puede verse que el sexo influye poco en la conversión de esputos.

He tratado de comprobar si el sitio de la lesión, ya sea el derecho o el izquierdo tiene influencia sobre la conversión de esputo, pero mis estadísticas no son concluyentes debido al gran número de casos en que la lesión estaba en el derecho comparada con la del lado izquierdo. El porcentaje no denota gran diferencia.

Tabulando la conversión de esputos por meses (Tabla Núm. 1) nos damos cuenta de que el mayor número de casos de conversiones ocurre en el primer mes de tratamiento y en conjunto en los primeros 6 meses ocurre casi el total de conversiones. Esta gráfica demuestra el alto número de

conversiones en el primero y segundo mes, después vuelve a ascender en el cuarto y quinto, sigue en descenso hasta el año donde vuelve a ascender ligeramente.

La Tabla Núm. 2 demuestra la influencia de la edad en la conversión de esputos. Los casos fueron divididos en grupos de acuerdo con la edad. Primer grupo de 15 a 20 años, segundo grupo de 21 a 30, tercer grupo de 31 a 40 y cuarto grupo de 41 a 50.

En el grupo de 15 a 20, 55 convirtieron el esputo antes de 6 meses, 9 después de los 6 meses. La gráfica muestra la proporción de los convertidos antes de los 6 meses. Esto demuestra que los pacientes jóvenes casi todos convierten el esputo antes de los 6 meses.

El grupo de 21 a 30 tiene 32 casos convertidos antes de los 6 meses y cuatro después de los 6 meses. Del grupo de 31 a 40 solamente 20 convirtieron antes de los seis meses y 9 después de los seis meses.

En el grupo de 41 a 50, 13 casos convir-

TABLA NUM. 1. Conversión de esputos por meses.

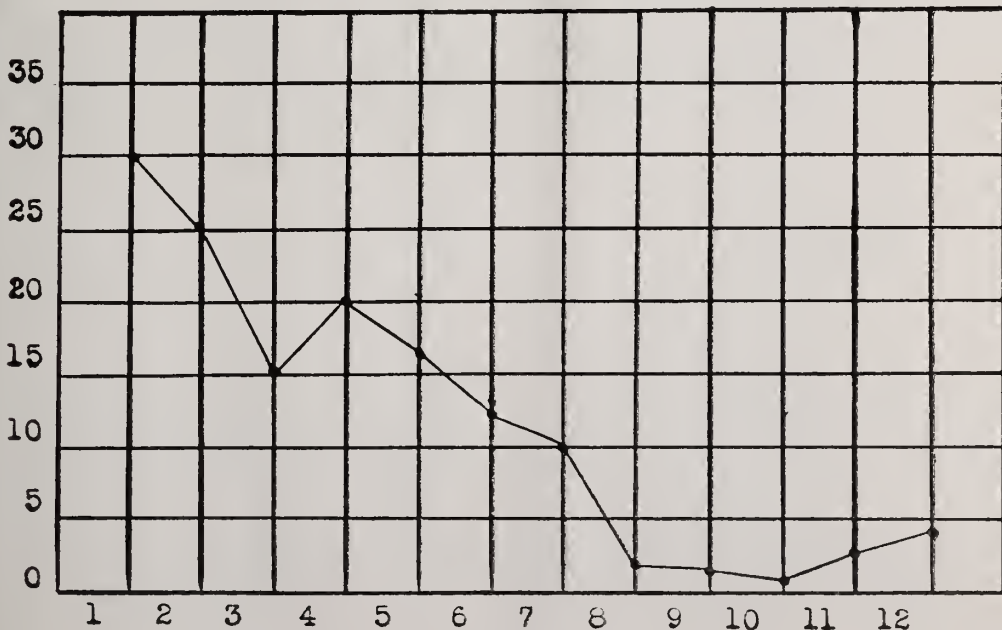


TABLA NUM. 2. Influencia de la edad en la conversión de esputos.

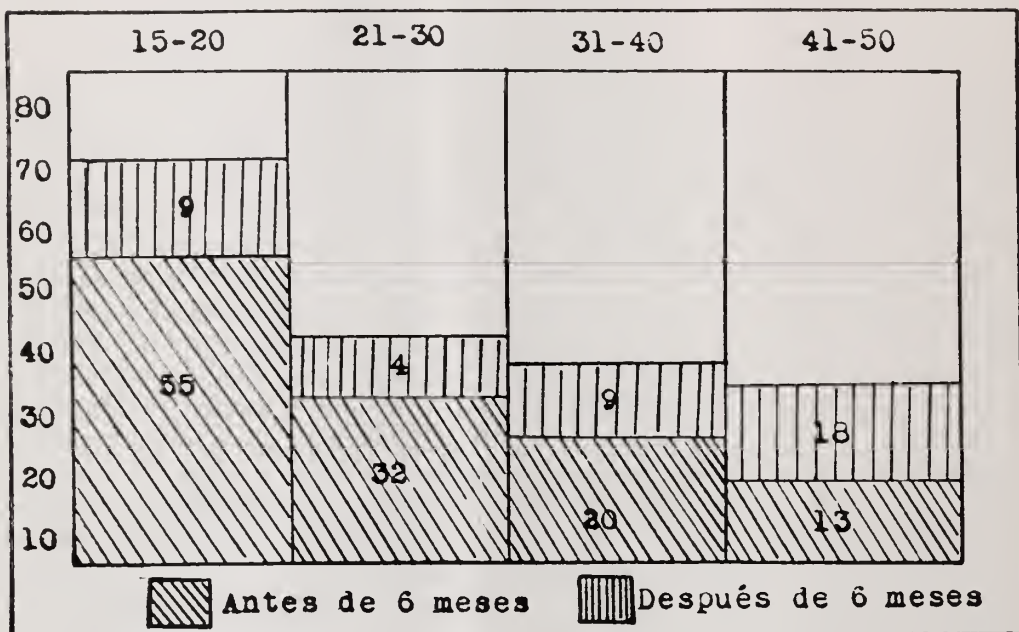


TABLA NUM. 3. Relación entre la conversión de esputos y la duración de la enfermedad antes de iniciarse el pneumotórax.

	Núm. de Casos	Por ciento	Núm. de Casos	Por ciento	Núm. de Casos	Por ciento
CONVERTIDOS	72	51	53	27	15	10
NO CONVERTIDOS	31	28	33	30	46	41
DURACION DE LA ENFERMEDAD AN- TES DEL PNEUMO- TORAX	1-6 meses		7-12 meses		1 año y más	

tieron el esputo antes de los seis meses y 18 después de los 6 meses. Aquí vemos que el número convertido después de los 6 meses es mayor que el número antes de seis meses.

La Tabla No. 3 demuestra la relación que existe entre la conversión de esputos y la curación de la enfermedad antes de empezar el puenmotórax. La primera columna es de casos cuya enfermedad tenía una duración de 1 a 6 meses antes de iniciarse el tratamiento, y de los cuales 72 convirtieron el esputo, o sea, el 51%. 31 no convirtieron, o sea, el 28%. La segunda columna es de casos de 7 a 12 meses de duración. 53 convirtieron, o sea, el 27%. 33 no convirtieron, o sea, 30%.

En la tercera columna la duración es de un año y más. Aquí solamente 15 convirtieron el esputo, o sea, un 10% y 46 no convirtieron, o sea, un 41%.

Puede notarse la progresión de los porcentajes entre los no convertidos a medida que aumenta la duración de la enfermedad antes de empezar el tratamiento y el descenso de los números entre los convertidos.

CONCLUSIONES

1—Que la conversión de esputos es un factor estable para valorar el resultado del

puenmotórax artificial.

2—Que la conversión de esputo no está influenciada por el sexo ni por la localización de la lesión, ya sea en el pulmón derecho o en el izquierdo.

3—Que la mayoría de las conversiones ocurren en los primeros seis meses de tratamiento.

4—Que la mayoría de los pacientes jóvenes convierten el esputo en los primeros 6 meses del tratamiento. Los pacientes de edad más avanzada convierten el esputo, en su mayoría, después de los seis meses. Un paciente joven que no convierta su esputo en los primeros 6 meses es muy difícil que pronóstico es malo. Una persona de edad que no convierta su esputo en los primeros 6 meses puede convertirlo después de un año y más. Estamos justificados en seguir esperanzados con un caso de edad aunque lo convierta en la otra mitad del año y el al año no haya convertido su esputo.

5—La duración de la enfermedad antes de la iniciación del tratamiento es un factor influyente en el resultado del tratamiento de puenmotórax artificial. Mientras más temprano se empiece, mayores son las probabilidades de éxito.

The prognosis of pleurisy with effusion with negative, doubtful or extremely slight pulmonary findings by X-ray is excellent if patients receive at least four months of sanatorium care; in fact, it is almost as good as the normal population in the same group. Francis B. Trudeau, M. D., Amer. Rev. of Tuberc., Jan. 1939.

There is no such thing as Mexican, White or Negro tuberculosis. The infection is passed from one race to another. No matter what his race, a person with tuberculosis is, first of all a human being, and, next a potential spreader of the trouble to others in the community. Health Crusader, Apr. 1940.

EL PIOTORAX TUBERCULOSO

GUILLERMO SALAZAR, M. D.

Ponce, P. R.

El piotórax tuberculoso, es un proceso infeectivo, pero en su génesis intervienen causas determinantes de orden físico. La infección, proviene en un 99% de los casos, de focos endógenos pulmonares o pleurales y muy rara vez podríamos admitir una infección exógena, por falta de asepsia.

Pueden manifestarse espontáneamente, en casos no intervenidos, pero son más frecuentes en casos intervenidos. El piotórax puede establecerse inicialmente, pero lo más corriente es que sea consecutivo a un derrame seroso.

Bajo el punto de vista clínico, no hay todavía unidad de criterio para sentar las bases del tratamiento y pronóstico de estos procesos y el objeto de este trabajo no es otro que el de contribuir a sentar algunos principios que sirvan de base a un sistema de curación lo más rápido posible y con la menor mutilación para los pacientes.

Prácticos hay, que se orientan en el examen bacteriológico del exudado, para dirigir el tratamiento: otros asocian a ello la existencia o ausencia de lesiones tuberculosas evolutivas en el pulmón subyacente al derrame: otros se guían por el examen citológico del exudado y otros finalmente se guían por el estado del Ph del líquido.

En esta modesta contribución voy a limitarme exclusivamente a exponer lo que nosotros hacemos y naturalmente, que en nuestro proceder se involucra la idea que nos guía en cada uno de los trámites de nuestras intervenciones.

Lo más corriente, es que nuestro cliente sea un tuberculoso que está sometido al tratamiento del pneumotórax, pero algunos vienen a nosotros con el exudado ya establecido.

Un paciente con un colapso incipiente, que a la cuarta insuflación, por ejemplo, con un volumen de 2000 c. c. de aire inyectados en total, presenta una o más cavernas, especialmente marginales y sus casi satélites adherencias, es un probable candidato a derrames, ya sean éstos serosos o purulentos.

Siendo relativamente raros los empiemas primitivos, casi siempre debemos entendernos con empiemas consecutivos a exudados serosos.

Un exudado de apariencia translúcida, cuyo examen bacteriológico haya demostrado la presencia del B. de Koch o de los piógenos comunes, debe ser considerado como un empiema a pesar de su aspecto claro?

En patología se describe al pus, como un exudado motivado por bacterias piógenas, pero con caracteres citológicos inconfundibles que le dan el aspecto opalescente, lechoso o cremoso que llamamos pus. Es pues evidente que hasta que un exudado adquiera el aspecto turbio y caracteres citológicos y bacteriológicos del pus, no debe ser considerado como un empiema.

PROFILAXIS DEL PIOTORAX

Aunque de un modo indirecto, el médico puede tratar de disminuir la formación de un crecido número de piotórax, evitando, con una técnica apropiada, la formación de derrames serosos —que repetimos, son en muchas ocasiones, la puerta de entrada o mejor dicho el terreno abonado para el proceso supurativo.

Si el exudado se presenta, trataremos de que se reabsorba, antes de que pueda tomar un aspecto purulento y cuando el pus se

presenta, procuraremos eliminarlo con la menor mutilación posible del tórax del paciente, aunque para ello empleemos mayor tiempo.

Sin embargo, debemos tener presente, que la presencia de un exudado en un tuberculoso, especialmente en los que están bajo tratamiento quirúrgico, puede deberse a una flogosis espontánea de la serosa, ocasionada por el propio B. de Koch o cualquier otro organismo infectivo contagioso.

Indudablemente, las intervenciones, preparan el terreno, para que determinadas condiciones atmosféricas provoquen afecciones infectivo-contagiosas de las vías respiratorias y por extensión, procesos exudativos de las pleuras.

El adjunto cuadro, cubre 36 casos de exudados aparecidos en el Centro antituberculoso de Ponce durante el año fiscal 1939-40.

1939—	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	1940—	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
	x		x	x	x	x			x	x	x	x	x
	x		x	x	x	x			x	x		x	x
	x			x	x			(x)	x			x	
				x	x			x	(x)				
								x	x				
								x	(x)				
								x	x				
								x					
Total—	3		2	4	4	2		8	7	1	3	2	

Se notará, que las mayores cifras, las proporcionan los meses de Febrero y Marzo de 1940 —tres de estos pacientes no habían sido intervenidos () —

En mi estadística del año pasado, tuve un caso de pneumotórax, donde el exudado se presentó en el lado no operado. El práctico debe tener eso muy presente, para aconsejar cuido especial evitando las afecciones *a frigore* en los meses de mayor incidencia, que suelen ser fríos o lluviosos.

Estos derrames suelen ser pequeños. Se inician con fiebres, dolor de costado, pérdida de peso y fatiga.

Recomendamos reposo y tratamiento salicilado, antipiréticos etc. Pasada la primera semana o antes si es posible, haremos un examen fluoroscópico y notaremos el exudado, habitualmente poco intenso en ese período. Añadimos entonces a los salicilados, el Cloruro de calcio por vía oral o intravenosa.

Si el derrame no se absorbe y su nivel no sobresale por lo menos dos pulgadas del borde inferior del diafragma del fluoroscopio colocado en posición tangente a la semi-bóveda del hemidiafragma del otro lado, aún nos abstenemos de intervenir. Pero si pasa del nivel indicado, hacemos nuestra primera punción.

Con ello cumplimos tres indicaciones:

1—obtener una muestra asépticamente, para el examen de laboratorio, bacteriológico y citológico; 2—aliviar la disnea del paciente; 3—permitir inyectar una cantidad de aire, equivalente al volumen de líquido extraído, con el fin de aclarar la visualidad del pulmón subyacente.

Practicamos esa punción en esa fecha, no importa el estado de agudez de la afección, ni importa que previamente se haya sentido o no, un diagnóstico de tuberculosis. Prevenimos sin embargo, que tal punción *no debe repetirse*, salvo en las condiciones

que expresamos más adelante.

La experiencia nos ha enseñado, que al establecerse ciertos derrames, van acompañados de cierto grado de neumotórax espontáneo. En los casos bajo tratamiento de colapso, se nota al fluoroscopio un aumento de la ampolla colapsante, que a veces provoca la total compresión del pulmón correspondiente. Este colapso adicional, es el responsable de la disnea del paciente, disnea que no puede atribuirse al escaso líquido todavía acumulado.

Probablemente se trata de un caso de *osmosis gaseosa* a través de la membrana serosa modificada, o de una *perforación mínima* culpable asimismo del exudado.

En los exudados habituales, se nota que después de la primera extracción se inicia la rápida reabsorción del líquido. Esa reabsorción se inicia en virtud de los cambios en la tensión superficial del líquido por razón de la modificación del volumen y se nota asimismo, en caso de exudados voluminosos.

Si hemos hecho un diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el parénquima subyacente está justificado continuar las insuflaciones de aire, precedidas o no de extracción de líquido y con miras de obtener un colapso curativo. Poco a poco, el proceso flogístico va provocando la obliteración del seno costo-diafragmático, lo que hará, que las insuflaciones sean de poco volumen y las presiones terminales, positivas. Ambas circunstancias no deben impedir la prosecución de las insuflaciones, ya que hemos visto con su uso, desaparecer la obliteración, mejorar las presiones y normalizarse el colapso a medida que la flogosis va pasando.

Si la aparición de un derrame va acompañado con el "relleno por osmosis" del que hablamos más arriba, aunque el exudado no sea abundante, convendrá extraerlo cada 5 días, para aliviar la disnea, extrayendo con el líquido cierto volumen de ai-

re. Aliviada la fatiga y a no ser que el derrame alcanzara notable altura, es preferible espaciar las extracciones, semanal o quincenalmente.

Si el paciente ha venido tarde ante nosotros, lo más probable es que se cumpla el tercer período, ya señalado por Marfan, en los niños: la supuración del exudado, infectado por gérmenes del pulmón o de la pleura, o por vía hemática o linfática.

Sea como quiera, una vez se ha establecido el pletórax, veremos más adelante la conducta a seguir. Como preámbulo a este estudio, vamos a referirnos a nuestra propia estadística y también a la de los doctores Gaetán y Smith por ser ambas hechas en Puerto Rico, bajo el mismo clima y condiciones generales semejantes, reuniendo por tanto, valor comparativo.

Dicen estos autores en su magnífico trabajo sobre el tratamiento del pletórax, (Bol. de la Asoc. Médica de Puerto Rico, julio de 1939), lo siguiente:

"Si consideramos que alrededor del 60% de casos bajo el tratamiento de pneumotórax, desarrollan efusión pleural y que alrededor del 18% de éstas, se convierten en purulentas, podemos imaginar la seriedad de este problema".

Recopilando los datos de los pacientes que teníamos bajo tratamiento en diciembre de 1939, anotamos estas cifras:

Pulmones con pneumotorax <i>SIN</i> pneumonolisis — — — — —	159
Pulmones con pneumotorax <i>CON</i> pneumonolisis — — — — —	31
<hr/>	
Total de Pulmones bajo tratamiento	190
Pulmones con derrames, <i>sin</i>	
<i>pneumonolisis</i> — — — —	31—19.4%
Pulmones con derrames <i>con</i>	
<i>pneumonolisis</i> — — — —	16—51.6%
Porecentaje total de derrames — —	24 %

Porcentaje de pitorax, en relación
con los derrames — — — — — 25.5%

De la anterior estadística se desprende, que nosotros conservamos ese año completamente secos el 73.3% de nuestros casos de pneumotórax, a pesar de que en el número de los derrames, incluimos casos operados de pneumonolisis y los infectivo-contagiosos.

También se desprende, que nuestra cifra de pitorax en relación con los derrames es algo superior a la de la estadística de los compañeros citados, pero queremos hacer la salvedad de que la tercera parte por lo menos, de los pitorax que estamos tratando, han venido al Centro, procedentes del Hospital o de la calle, *con sus pitorax ya establecidos*.

Transcribimos ahora los datos de la estadística de Dumarest en 1919:

De 106 casos de pneumotórax:			
Con derrame:	— — — —	74	70%
De los 74 derrames:			
Supurados:	— — — —	36	34%
Derrames en PX Totales:			
51 — supurados	— — — — —	—	22%
Derrames en PX Parciales:			
23 — supurados	— — — — —	—	40%

De donde deduce el autor, que los PX parciales, tienen más tendencia a supurar, que los totales.

Esta estadística es globalmente análoga a la de los médicos del Sanatorio Insular en Río Piedras.

Nosotros creemos, que la diferencia entre esas estadísticas y la nuestra, se debe probablemente a que aquellas han sido confeccionadas con casos escogidos de diversos operadores y no son por tanto en su mayoría, casos personales.

La experiencia nos ha enseñado, que una técnica debidamente probada como eficaz

para la creación de buenos colapsos, pero a su vez sujeta a ciertos principios, tiene que ver con la formación de derrames serosos, que en la mayoría de los casos, son los precursores de los pitorax.

La mayoría de los técnicos creen que el pneumotórax debe mantenerse a ser posible, en lo que nosotros llamamos Tipo NN, en el cual las presiones se mantienen *negativas* en todo el curso del tratamiento. A este tipo lo llaman otros *Hipotensivo*.

Unverrit y otros estiman que una ligera presión positiva, al terminar, es la más conveniente para evitar a su vez, la creación de derrames. Nuestra opinión se acerca a esta última, pero creemos que la verdadera concausa, de orden físico-biológico, que predispone a los exudados, está en el cambio intempestivo de presiones.

Nuestra técnica se basa en el principio de que *nunca es conveniente bajar una cifra de presión que ha sido necesario alcanzar, para lograr determinado grado de colapso, en un caso dado*. Cuando se necesite dejar reexpandir un pulmón, *alórguense los intervalos, pero no se bajen las presiones finales*.

La estadística que hemos presentado, parece apoyar la eficiencia de este principio.

Hay sin embargo concausas, que no dependen del técnico y contribuyen a la creación de exudados: ya hemos indicado la emergencia de procesos infectivo-contagiosos. Ellos están en relación con ciertas condiciones atmosféricas (tiempos frío y lluviosos) variables según las estaciones y según los años.

Después, las faltas de asistencia de los pacientes en el período de constitución del colapso, provocando reabsorciones prematuras y muchas veces adherencias inesperadas. Afecciones intercurrentes, (como gripe, sarampión, pneumonia, malaria, sífilis, etc.). Excesos y fatigas de todo género, provocando cambios intempestivos en las

presiones intrapleurales. Esas y otras causas menos frecuentes, asociadas o no a una técnica defectuosa, pueden provocar la formación de exudados.

Qué signos debe tener en mente el práctico, para sospechar que una efusión se ha establecido? Por parte del paciente: su historia de fiebres, dolor de costado y disnea; por parte del manómetro, la *inversión del tipo de colapso*.

Quiere decir que un colapso, que se venía desarrollando en un tipo NN, o sea con presiones negativas, se convierte, de una insuflación a otra, en un *tipo dimanente*, ésto es, que empezando con presiones negativas, termina (generalmente con poco volumen de aire inyectado), con presiones inspiratorias *negativas*, pero con cifras expiratorias *positivas*.

Estas presiones positivas finales, serán de cifras tanto más elevadas cuanto más extenso sea el derrame mientras se mantenga este en su cualidad serosa: mas en los purulentos, las cifras expiratorias son proporcionalmente al volumen, más elevadas que en los serosos llegando a más 6 y más 10, por ejemplo.

Esa diferencia, según la naturaleza del exudado, se debe a la mayor o menor solubilidad del aire inyectado en los exudados siendo mayor en los serosos y menor o nula en los purulentos y también se debe a la formación de adherencias y forma de éstas.

Esto, repetimos, sirve de indicio al práctico para sospechar que se ha formado un exudado o está en vías de formarse. Pero la certeza se adquiere, practicando una fluoroscopia o una radiografía, de preferencia lo primero, porque no tan solo demuestra la presencia del exudado, sino la movilidad del mismo y del diafragma, así como la del mediastino.

Por su situación, los derrames pueden distinguirse en basales, marginales y cisu-

rales, pudiendo algunos pacientes presentar al mismo tiempo o consecutivamente, dos modalidades en un mismo lado afectado. Sobre todo, la concurrencia de basales y cisurales es muy frecuente. Algunos derrames marginales, cuando son algo copiosos, pueden simular que son basales, debido a que por su peso, aplastan el parénquima que está por debajo de la cisura afectada. Basta observarlos al fluoroseo-pio, una vez terminada la extracción del líquido, para darse cuenta de su verdadera modalidad.

Mas raramente, aparecen derrames apicales y ahora precisamente tenemos dos en nuestra colección. Frecuentemente, un mismo derrame suele cambiar de forma, especialmente los basales en marginales. Además de la fluoroscopia el médico usará la percusión y auscultación para localizar y estimar el volumen de los exudados, pero debo advertir, que debido a la coexistencia de una ampolla gaseosa, dichos signos se obscurecen o transforman, dificultando su valor semiológico, cuando los derrames son relativamente pequeños. En caso de duda, podemos recurrir a una punción exploratoria, siempre desde luego que no tengamos un fluoroscopio a nuestra disposición. Quiero sin embargo recordar, que en algunas ocasiones, el espesor de la pleura, puede hacernos pensar en la existencia de un derrame a la inspección fluoroscópica y precisará aumentar el miliamperaje del aparato o hacer la punción, para salir de dudas.

No hay gran diferencia en el método de tratamiento según la forma del derrame; sin embargo, los marginales son más propensos a la sínfisis prematura y obligarán a inyectar aire, extrayendo antes el líquido, para evitar la pérdida del colapso. Esta forma de exudado nos obligará a menudo a hacer varias instalaciones aceitosas, que pueden conducir a un oleotórax de necesidad.

Ahora llegamos a la parte fundamental de este trabajo: qué haremos con un piotórax ya establecido?

TRATAMIENTO DEL PIOTORAX

Copiamos del ya citado artículo de Gaetán y Smith los cuatro grupos de Hedblom en cuya precisión basaría la conducta a seguir:

- 1—Piotórax con B. de Koch puro, sin lesiones activas subyacentes.
- 2—Piotórax asociados, sin lesiones activas pulmonares.
- 3—Piotórax con B. de Koch puro y lesiones evolutivas del parénquima.
- 4—Piotórax asociados, con lesiones activas del pulmón.

Como se ve, en la idea de Hedblom, se da mucha importancia a la naturaleza microbiana del exudado y a la coexistencia o no de lesiones activas pulmonares. La parte importante de la clasificación, es que sirve para guiar la conducta de algunos fisiólogos para dirigir el tratamiento.

Por nuestra parte, establecemos puntos de vista algo diferentes. Quizás más clínicos y de resultados prácticos tan aceptables como los de Hedblom.

En presencia de un piotórax nosotros consideramos:

a) su poder infectivo; b) su tolerancia mecánica; c) sus complicaciones y, d) sus formas de resolución.

Podcr infectivo—Es aceptable que el piotórax debido al B. de Koch puro, aunque puede revestir caracteres de agudez temibles, son por lo general más tolerados y tienden a la cronicidad. Los mixtos, son más tóxicos, más anhemiantes y nos obligarán a ser más agresivos en los métodos de tratamiento. Además, presuponen generalmente la comunicación más o menos amplia de la cavidad pleural, con focos

abiertos pulmonares, de donde una fuente de infección continúa.

Del examen citológico del exudado, aprenderemos, como una linfocitosis marcada es paralela a la gravedad del pronóstico. Desde luego que la labor del médico, además de instituir un tratamiento general en el que el empleo de la sulfanilamida ha dado algunos éxitos, así como el panxilon y otros agentes menos probados, debe tender a esterilizar la poligermia del exudado y cerrar la cavidad comunicante si existiera.

Tolerancia Mecánica—Surge a este particular, la necesidad de combatir la disnea, el colapso cardíaco y la extensión de las superficies infectantes secundarias, superficies que serán tanto mayores, cuanto más abundante sea el derrame. Relacionado con esto, se presenta la cuestión, de si la comprensión mecánica del exudado sobre el pulmón, favorece la cicatrización de cavidades, cierre de fístulas y reposo del pulmón, ayudando así a la curación. Mala manera consideramos esa, de obtener un problemático beneficio, con un agente tan peligroso en otros conceptos y que puede ser substituido por otros compresores. La tolerancia mecánica debe observarse, en cuanto la mayor o menor desviación del mediastino y por la creación de fuertes membranas fibrosas defensivas, que a la postre adhieren las pleuras inflamadas, o tabican la cavidad pleural, dificultando la curación.

Complicaciones: Son muy importantes, especialmente la perforación pulmonar, que pone en contacto la pleura, con cavidades infectantes.

Se conocerá, por la abundancia de expectoración purulenta, por la prueba de los colorantes y por el examen de los gases contenidos en la cavidad, en relación con el atmosférico, tal como lo sugiere Coryllos.

Otras veces la fistulización, es hacia la piel,

yendo precedida por dolor, tumefacción, rubefacción y demás síntomas locales y generales del absceso. Tengo en la actualidad un caso rarísimo de hernia pleuro-cutánea, que no sé como evolucionará.

Formas de Resolución—Cierta número de empiemas pequeños, puede reabsorberse espontáneamente, tanto los puros como los asociados, aunque aquellos más frecuentemente.

Otras veces la reabsorción se hace después de una o varias aspiraciones.

Mas a menudo, a pesar de repetidas extracciones y lavados, el exudado purulento no se reabsorbe, del todo, especialmente cuando había sido abundante y mantuvo por algún tiempo al pulmón, comprimido, infectado y adherido al mediastino.

En estos casos, el pulmón ha perdido la facultad de reexpandirse espontáneamente, a pesar del poco volumen a que hayamos podido reducir el derrame, quedando un espacio grande limitado por las pleuras supurantes. Esta condición, requerirá intervenciones más intensas, según vamos a ver enseguida.

Teniendo en mente esas cuatro consideraciones generales, en la que como veis, la naturaleza microbiana del exudado *no es tenida en cuenta* como idea directora del tratamiento, vamos a exponer, cuál es nuestro proceder.

En los piotórax, pequeños y recientes, hay que combatir el estado infectivo general, que es más grave, desde luego en los asociados que en los puros. Me refiero a los síntomas iniciales de la infección aguda.

Muchas veces, al examinar en ese período a nuestro paciente, no nos es posible aún localizar la efusión líquida, pero si, notaremos a la auscultación, estertores finos de congestión, especialmente hacia las bases.

Como apuntamos antes, la sulfanilamida,

el panxilon y los coloides, pueden ser usados en ese período, con las debidas precauciones y observación de sus resultados y después de haber aquilatado la resistencia general del enfermo y en especial el estado del hígalo y del riñón.

Naturalmente que el Cloruro de calcio no tiene aún indicación, aunque sí los salicilatos, si queremos utilizarlos para combatir el dolor, siempre que el riñón no elimine albúmina.

Pasados tres o cuatro días del inicio, ya puede notarse el exudado, bien con la percusión y auscultación, pero sobre todo con el examen fluoroscópico.

Tan pronto el exudado llega a nivel de la cúpula diafragmática mandamos a hacer o hacemos la punción diagnóstica, para el examen bacteriológico, citológico y también la determinación del Ph. puede ser hecha.

Esa punción diagnóstica, no irá seguida de otras durante esa primera fase, salvo excepcionalmente.

Si el exudado sigue aumentando, sobrepasando más de dos pulgadas (unos 6 centímetros) del borde libre del diafragma del fluoroscopio, tal como dijimos en el estudio de los exudados serosos, iniciamos las punciones, *con miras al tratamiento*. Hacemos para ello, las punciones clásicas, hasta agotamiento del líquido si es posible.

Respecto a la necesidad de seguir o no las insuflaciones de aire, después de hecha una extracción de líquido, distinguimos en nuestra práctica dos casos muy diferentes.

a) cuando el exudado va acompañado de relleno *por osmosis* ó *perforación mínima*, en cuyo caso suelen ser basales.

b) cuando tal relleno no existe y en tal caso, suelen ser marginales o cisurales.

Como es natural, en el primer caso (a) no es necesario inyectar aire, sino por el contrario *extraer aire* cosa que se hace al mismo tiempo que se extrae el líquido.

En el segundo caso (b) inyectaremos aire, después de cada extracción. Frecuentemente sólo podrán inyectarse 100cc poco más o menos y las presiones serán positivas altas al terminar.

Sin embargo, nuestra experiencia nos ha enseñado, que cuando un exudado de poca altura, no extraído, permite una insuflación de 150 cc ó más de aire, sin pasar de presiones de más 1 —probablemente *se reabsorberá* sin nuevas extracciones.— Esto sucede en exudados que tienen algún tiempo de existencia.

En todo caso, haya o no habido inyección de aire, terminamos instilando o inyectando 50 o 100 cc de la Solución de Azocloramina. Puede también usarse 50 o 60 cc de Kariogon, producto Brasileño o también 10 cc de Prontosil.

A los 5 u 8 días (según el volumen del derrame inicial) hacemos un nuevo examen fluoroscópico y si el exudado persiste, repetimos la misma operación, sobre todo si hay disnea por relleno osmótico.

Si de nuestros exámenes semanales, deducimos que el exudado no tiene tendencia a aumentar, somos entonces pacientes y esperamos su reabsorción espontánea alrededor de un mes, absteniéndonos de toda intervención.

Si transcurrida esa espera, no ha habido la reabsorción deseada, entonces iniciamos los *lavados del residuo*, con 150 o 200 cc de la Solución de azocloramina, rara vez más. Estos lavados deberán repetirse, hasta la desaparición del residuo o hasta que el exudado se haya *convertido en seroso*, cosa bastante frecuente.

Los intervalos deberán ser semanales, para los residuos purulentos y quincenales para los convertidos en serosos. Si se dejan envejecer más tiempo, se espesan y por exceso de fibrina se hace más difícil su extracción, además de facilitar la creación de adherencias inoportunas.

Cuando a pesar de las insuflaciones de aire, post-extracciones de líquido o lavado del residuo, hay tendencia a la sínfisis prematura de la pleura, hacemos una instilación de 10 cc de aceite gomenolado o de aceite de olivas gomenolado y alcanforado. Tales instilaciones, ayudan a terminar con algún residuo de exudado purulento y en todo caso puede sustituir la inyección de aire, repitiéndolas semanalmente hasta que ocupe, por lo menos, dos terceras partes de la cavidad.

Cuando el empiema no se ha desarrollado bajo nuestra inspección viniendo el paciente a nuestro cuidado, con un exudado avanzado, seguimos al principio la misma técnica: precisaremos las condiciones del pulmón y las complicaciones habidas y si no logramos éxito, nos daremos cuenta de que nuevas condiciones perturban la curación.

A no ser que lleguemos a la conclusión definitiva de la existencia de una ancha brecha entre el pulmón y la pleura, consideramos aún útiles los lavados pleurales con 300 o más cc de azocloramina, hasta que el líquido salga claro o bastante claro. El líquido del lavado, debe extraerse hasta sequedad, inyectando finalmente los tópicos que indicamos más arriba.

Es sorprendente notar a menudo, la rapidez conque disminuye el volumen del exudado y también su transformación en seroso. Esta transformación, aunque es de buen agüero, no debe hacernos creer en que la reabsorción del líquido podrá realizarse espontáneamente en todos los casos y no nos permite por tanto suspender las extracciones. A pesar de su mayor transparencia, si se dejan envejecer más de dos semanas sin extraerlos, se cargan de fibrina, depositan glomérulos, se espesan y producen adherencias indeseables y espesan y endurecen las pleuras.

De allí nace la mayor indicación de los

lavados pleurales residuales y del empleo de la azocloramina y del Kariogon, que además de su poder desinfectante poseen la bella cualidad de disolver la fibrina y los glomérulos, facilitando su extracción.

En esos pletórax tardíos, la condición más grave, no es precisamente la existencia de mayor o menor cantidad de exudado, sino, el *retramiento del pulmón hacia el mediastino* y su consiguiente mayor incapacidad para reexpandirse, como dijimos más atrás.

En caso de fracasar con los métodos expuestos, llevados con escrupulosidad por un tiempo razonable (unos 4 meses) tendremos que recurrir a mayores intervenciones, siendo las más corrientes: *el oleotórax, las grandes depresiones y las plastías torácicas*. Las dos primeras, tienen la ventaja de poderse poner en práctica, sin esperar a reponer al paciente, generalmente bastante debilitado. Las plastías torácicas tienen la ventaja de su relativa rapidez de acción y actuar a la vez sobre las lesiones pulmonares, quedando así libre el paciente (si no se muere del shock) de su pletórax y de su tuberculosis.

En esos casos resistentes, antes de proceder a las mayores intervenciones indicadas, hay que fijar la atención no sólo sobre el pulmón afectado, sino de manera especial, hacia el pulmón contralateral cuyo estado, nos ayudará a resolver nuestra intervención.

Si había cavidades antes de desarrollarse el pletórax, como es lo corriente, indudablemente que nuestro interés debe estar en comprimir las. Si se ha establecido una fístula pleuro-pulmonar, hay que cerrar esa abertura. Si hay retracción del pulmón, hay que obligarlo a reexpandirse.

Deberán repetirse los exámenes de esputo, concentrados si es preciso, determinando no sólo la presencia del B. de Koch, sino el aspecto citológico en una muestra no con-

centrada. Deberemos fijarnos en la pirexia y en el estado general. Podremos hacer la prueba del colorante, el examen cuantitativo del aire de la cavidad y la determinación del Ph.

Si la respuesta a todas o algunas de esas investigaciones, es favorable a una cicatrización de las lesiones, la obligación es permitir ú obligar al pulmón a reexpandirse, al mismo tiempo que tratamos de secar el exudado. Si la respuesta es adversa, entonces, sea cual fuere el carácter microbiológico del exudado, está indicado el cerrar las cavidades, antes de permitir la reexpansión del pulmón. Para cerrarlas, tenemos a nuestra disposición las intervenciones ya indicadas.

Según las condiciones del caso, el práctico eligirá la más conveniente sin olvidar las siguientes consideraciones:

El oleotórax masivo instituido primeramente por Bernou en Francia, debe practicarse extrayendo primero el pus hasta sequedad e inyectando una cantidad de aceite equivalente al volumen de pus extraído. Cada vez que vuelve a sacarse pus, se extrae como es natural, cierta cantidad del aceite inyectado anteriormente, pero se repone hasta lograr un relleno de 500 cc. en ocasiones.

El método de las grandes depresiones, fué preconizado por Readelli, y Parodi en Italia, difundido por el mismo Bernou en Francia y por Wenstein y Wangestein en los Estados Unidos. Este método es a mi entender, el que puede dar mejores resultados cuando se trata de casos en que el pulmón ha perdido la facultad de reexpandirse, adhiriéndose al mediastino y en los casos en que la pleura ha alcanzado un espesor exagerado. Puede sin embargo usarse, tal como lo hacemos nosotros, tan pronto como descubrimos un pletórax que ha perdido la probabilidad de reabsorberse espontáneamente, estando aun la pleura y el

mediastino, relativamente elásticos.

Mejor es que transcribamos lo que dice Bernou, sobre este proceder:

“Este método, parecía no debía ser utilizado en el tratamiento del piotórax tuberculoso y nosotros mismos habíamos hecho reparos a las primeras publicaciones de Readelli (1928) y Parodi (1933). Teníamos, que se podían así provocar desgarres del pulmón o ensanchar las perforaciones pleuro-pulmonares, favoreciendo el paso de productos tóxicos, de los bronquios o cavidades a la pleura o despertar la reexpansión del pulmón y la actividad de los focos tuberculosos mantenidos latentes por el colapso del pulmón.

“Después de una visita al Sanatorio de Carlos Forlanini en Roma, tuvimos la sorpresa de apreciar, que los Profesores Morelli y Monaldi, utilizaban sistemáticamente la aspiración continua, asociada a lavados de la pleura y en caso necesario, a la toracoplastia antero-lateral, con parálisis del diafragma.

“Nosotros estudiamos después este método y hemos, en diferentes ocasiones, demostrado las ventajas que se pueden sacar de la utilización de las Fuertes Depresiones, en el tratamiento de los piotórax tuberculosos.

“Tal como Leanec lo había previsto, es favoreciendo la expansión del pulmón y permitiendo el contacto de las hojillas de la pleura, como se hacen desaparecer las causas principales de la cronicidad de la supuración de la pleura. Así es, tal como escribió Readelli, como una supresión de la cavidad del empiema “por suceión concéntrica”, por distensión progresiva del pulmón y por aplastamiento de la pared, con o sin intervención toracoplástica complementaria.

“Pero además de esa acción mecánica, Readelli reconoce a la aspiración, una acción biológica de desintoxicación por sustracción de material séptico, e inversión de las corrientes de absorción: una acción esterilizante de la cavidad pleural por cesación de aporte séptico y la hiperhemia de la cavidad: una reactivación neoformatriz por hiperhemia de la zona tórpida de la paquipleuritis parietal y viseeral, preciosa para la formación de la sinfisis obliterante euan-

do las dos hojillas se han puesto en contacto.

“La imagen radiológica se modifica a medida que se producen estas transformaciones en el líquido: la expansión del pulmón se hace progresivamente: la cavidad pleural se encoge, mientras que el adelgazamiento de la pleura se traduce por una luminosidad más grande de las sombras pulmonares, al revés de lo que sucede con los exudados que se reabsorben espontáneamente.”

Hasta aquí, hemos copiado a Bernou, el fundador del método del oleotórax masivo, porque nadie mejor que él, propagador del método italiano en Francia, podía describir los fundamentos y ventajas del mismo.

Hay dos maneras de aplicarlo: la continua y la discontinua. La primera es propia para hospitales, ya que el enfermo ha de estar recluso en cama y debe reservarse para casos inveterados, con pleuras muy engrosadas y estado séptico profundo. La forma discontinua, en la que el enfermo acude al tratamiento cada vez que el médico lo ordena, es la que hemos venido practicando hasta la fecha en el Centro Antituberculoso de Ponce, del Departamento de Sanidad Insular.

El método consiste en provocar un vacío en la cavidad pleural, cuya medida de Presión Negativa, se hace llegar hasta 3, 4 o más metros de depresión, en manómetro de agua.

Nos valemos en la actualidad de un aparato Sorensen, al que hemos provisto de un manómetro de mercurio. Practicamos el vacío en un frasco de poco más de un litro de capacidad, conectando el frasco con el manómetro o con la pleura a voluntad por medio de una llave de doble corriente. Hasta la fecha hemos venido usando depresiones de 2 a 3 metros, por ser nuestros casos relativamente recientes y las pleuras muy engrosadas.

Bajo este vacío, se extrae la mayor cantidad posible de exudado, casi siempre lo

agotamos totalmente y terminamos inyectando el antiséptico elegido, entre los ya mencionados. Cuando el agotamiento del líquido no ha sido completo, solemos extraer la primera dosis del tóxico instilado y volvemos a inyectar una nueva dosis que dejamos en la pleura.

El Dr. Rodríguez Pastor, nos anunció que se estaba ensayando una solución más concentrada de azocloramina, para estos usos.

Si después de 3 o 4 curas, repetidas cada 5 u 8 días, notamos que el pulmón no se reexpande, aumentamos la depresión a 4 o 5 metros.

Naturalmente que en este método discontinuo, la depresión sólo actúa durante los 3 o 4 minutos que dura la intervención. Terminada ésta, el aire atmosférico entra con relativa facilidad ayudado por los movimientos inspiratorios del paciente y la presión intrapleuraleal y se nivela con la atmosférica por la aguja.

Nosotros creemos, que es preferible que la presión quede ligeramente positiva y a tal objeto (sobre todo si el paciente ha sentido una ligera molestia dolorosa, efecto del vacío) la medimos con el manómetro de agua del aparato de pneumotórax, que debe estar siempre preparado e inyectamos algún aire hasta lograr más 1.

Evidentemente, es la movilidad o gimnasia a que se somete la pleura adherida o endurecida, la que lentamente la va movilizandoy atrayendo el pulmón hacia la pared. Absolutamente ninguna molestia por parte del paciente ni ninguna complicación en los numerosos casos así tratados, con marcado éxito.

Vuelvo a copiar de Bernou, los casos que describe en su monografía, escogidos de los numerosos que tiene en tratamiento. Como verán, son casos muy interesantes, pero de los más complicados:

1—Piotórax séptico, con paquipleuritis

considerable, curado por la aspiración, asociada a los lavados de la pleura y a la pleurotomía, después que la insuficiencia de estos dos últimos métodos, quedó establecida.

2—Piotórax con perforación, curada por aspiración, después de una toracoplastía parcial.

3—Cavidad pleural residual, en un caso de toracoplastía muy antigua, curada por la aspiración.

4—Cavidad purulenta residual, con perforación pleuro-pulmonar, que persistió después de una toracoplastía.

5—Piotórax séptico reciente, consecutivo a la perforación de una caverna del muñón pulmonar de un Pneumotórax, curada rápidamente por toracoplastía parcial para-vertebral, asociada a lavados y aspiración.

6—Piotórax séptico sobrevenido en un viejo pneumotórax, con pleuras muy espesas, curada por aspiración y la toracoplastía antero-lateral.

7—Piotórax en un enfermo con una infección parietal extremadamente extendida y grave, muy mejorada por dos tiempos de toracoplastía paravertebral, lavados y aspiración con depresiones muy fuertes.

He transcrito los casos más graves, aquellos en que ningún método por sí solo hubiera bastado a la curación, pero en los cuales se usó como medio definitivo, las grandes depresiones continuas, dada las dificultades de los mismos.

El método usa también, en los casos de pleuras muy engrosadas, las soluciones que Bernou llama "decapantes" que pudiéramos traducir "mondantes" a base de tinctura de yodo y nitrato de plata en soluciones al 2, 4 y hasta 10%.

De mi experiencia en el método, según la modalidad discontinua, creo poder infundirles a Uds. la esperanza de que el mismo es un valioso auxiliar del Tisiólogo, usándolo sistemáticamente desde la instau-

ración del exudado purulento, acertando extraordinariamente el tiempo de su curación y evitando las operaciones cruentas.

En su modalidad continua, es valioso auxiliar, cuando no, un necesario recurso, en los casos que por descuidos del paciente o tardanza intempestiva en los técnicos, han sobrevenido complicaciones de mayor intensidad.

Toracoplastia—La toracoplastia es un método supremo para el tratamiento de los piotorax, comprendidos en los grupos 3 y 4 de Hedblom. Las brillantes estadísticas que nos dan a conocer Jones, Hedblom, Barry y la propia que nos dan a conocer Gaetán y Smith, son demostrativas de su eficacia.

Sin embargo, no puede dudarse que se trata de una operación seria y mutilante y que por largo tiempo, sino definitivamente, priva al paciente de la utilización del lado afectado.

Podemos también pensar que la misma brillantez de la estadística de los eminentes cirujanos indicados, hace suponer que cierto número de casos en ellos involucrados, habrían sido justiciables de responder con éxito a métodos menos cruentos, tanto más, cuanto su norma para elegirlos, parece ser de índole microbiológica y teniendo en cuenta la facilidad con que los cirujanos llegan a considerar el acto quirúrgico, como la vía más fácil y hacedera para resolver los problemas clínicos.

Por eso, nos parece un poco exagerado considerar, que los pacientes del 4o. grupo de Hedblom, son candidatos *ipso facto* para la toracoplastia y por otra parte algunos de los casos que figuran en la estadística de Bernou, arriba transcrita, demuestran que en los casos graves, la toracoplastia puede fracasar.

Nuestro criterio clínico es, que en aquellos casos en que el pulmón está retraído y tiene dificultad de retraerse es de acon-

sejar intentar el método de las grandes depresiones (discontinuas o continuas) a fin de tratar de aproximar la pleura visceral a la costal, facilitando el éxito a una toracoplastia posterior o haciendo a esta innecesaria, con gran contento del paciente que ha logrado su curación y conservar intactas sus costillas.

Aun en los casos de pequeñas perforaciones, pueden estas ser cerradas por el vacío, debido al aplastamiento del trayecto por la presión intrapulmonar. Se estima por otra parte, que en los bordes pleurales del trayecto, se forma un rodete que prolifera con facilidad y cierra el orificio.

CONCLUSIONES

De lo expuesto se deduce:

Que el tratamiento que nos parece más lógico, para salvar a los pacientes de la enojosa complicación del piotorax, es el preventivo, tratando de disminuir el número de exudados serosos, que son los conductores casi siempre, al proceso supurativo. A este respecto, hemos presentado una estadística, que nos parece alentadora.

Que a pesar de la mas cuidadosa técnica del pneumotorax, los casos intervenidos por la pneumonolisis, son todavía grandemente propensos al desarrollo de exudados, esperando que la mejora en la técnica, disminuya la elevada proporción actual.

Que aparte de esas intervenciones corrientes, hay cierta influencia atmosférica (tiempo frío y lluvioso) que en determinados meses, aumenta la incidencia de ambas clases de exudados, aun en casos que no han sido intervenidos.

Que una vez aparecido un piotorax y pasado el estado de agudez, debe tratarse de secar los exudados incipientes, por medio de la aspiración, usando depresiones elevadas: inyectando pequeñas dosis de antisépticos modificadores y reanudando las insu-

flaciones de aire, cuando cese la neoformación de pus.

Que solo usaremos moderados lavados pleurales (no más de 300 cc de la solución) para agotar los residuos purulentos, espesos y grumosos, que ocupan la base de la cavidad supurante.

Que cuando el exudado purulento se convierte en seroso, se pueden espaciar las extracciones cada dos semanas, en vez de cada 5 ó 8 días como recomendamos en el período de formación del pus.

Que si el caso ha caído bajo nuestro cuidado en una fase adelantada, y en la cual el método anterior no logra la curación, está indicada la aspiración continua y si la pleura está muy engrosada, añadir la instilación de soluciones mondanter.

Que si agotado o muy disminuído el pus, persisten lesiones activas está indicado la

creación de un oleotórax masivo, sobre todo en los exudados de tipo marginal.

Que en algunos casos rebeldes, la toracoplastia parcial, más o menos extensa, está perfectamente indicada y logrará a menudo éxitos definitivos.

A este particular, entendemos que no es "perder el tiempo" tratar por unos meses de evitar la toracoplastia y el clínico necesita discreción para aquilatar el momento oportuno en que tal intervención es indispensable.

Solo así tendremos la conciencia de haber actuado en todas ocasiones "racionalmente".

Nota: este trabajo fué leído en la Asamblea de noviembre de 1939 celebrada por la Asociación Médica del Distrito de Ponce. No habiéndose publicado en aquella ocasión, ha sido ampliada y puesta a esta fecha.

In a survey of conditions in 17 cement plants located in various parts of the United States, it was found that the incidence of tuberculosis and other chronic infections of the lungs was less among the employees than in the general population. The manifestations of tuberculosis occurred in typical form and at the same age periods as in persons not exposed to dust by occupation. It was concluded that prolonged inhalation of cement has no unfavorable influence upon susceptibility to tuberculous infection or upon its subsequent evolution. Leroy U. Gardner, M. D., Jour. of Industrial Hyg. and Toxicology, Sept. 1939.

WAR... makes pleasant news for the tubercle bacillus. As the deaths from T. N. T. increase, those from tuberculosis lag not far behind. In the World War all countries showed this phenomenon whether under arms or not. What effect on our efforts to eradicate tuberculosis will these grim months ahead bring forth?... Unless we find a way to redouble the offensive against our hidden enemy, the sad story of twenty years ago will be told again and we will find ourselves facing a record of lost ground. Kendall Emerson, M. D.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII JULIO, 1940. Número 7

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

EDITORIALES

ASAMBLEA DE LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA

La asamblea anual de la Asociación Médica Americana celebrada en la ciudad de Nueva York del 10 al 14 de junio próximo pasado, y a la cual tuvimos el placer de asistir, ha sido la asamblea médica más grande celebrada en los Estados Unidos, no solamente porque a ella concurrió el mayor número de médicos (12,864), sino porque a la vez la presentación de trabajos, las exhibiciones científicas y los acuerdos adoptados, constituyeron la demostración más palpable de que la clase médica americana está firmemente unida y enteramente consciente de sus responsabilidades en el momento actual en que vivimos.

Nuestra Asociación puede sentirse orgullosa de formar parte integrante de una organización que no solamente cuenta con el prestigio y la consideración de toda la nación americana, sino que sabe dar pruebas palpables de su interés en la solución de los problemas que afectan la salud y el

bienestar del pueblo americano, y que tiene una plataforma a la cual se ajusta en todos sus actos, que bien puede servir de modelo a cualquier organización similar dentro y fuera del continente americano.

ASAMBLEA DE LA ASOCIACION NACIONAL DE TUBERCULOSIS

Durante los días del 3 al 6 de junio próximo pasado se llevó a cabo en la ciudad de Cleveland la Trigésima-sexta asamblea anual de la Asociación Nacional de Tuberculosis, a la cual concurrimos como delegado por Puerto Rico y miembro de la Junta de Directores de dicha Asociación.

La Asamblea de Cleveland ha sido la más concurrida de todas las celebradas por la Asociación Nacional de Tuberculosis, y en ella tuvimos el placer de oír la presentación de trabajos de gran valor en la lucha antituberculosa, asistir a la entrega de la medalla que fué otorgada al Dr. Charles White, (buen amigo de Puerto Rico) por su labor realizada durante el año como presidente del Comité de Investigaciones Científicas de la Asociación, y ver eliminados los últimos obstáculos que existían para la unión del "American Trudeau Society" (sección médica de la Asociación Nacional de Tuberculosis), y la "American Society of Thoracic Surgeons", y cuya unión resultará beneficiosa a la lucha antituberculosa en Estados Unidos, y por lo tanto, a Puerto Rico.

Por creerlo de interés para nuestra profesión, nos proponemos publicar, empezando desde este número, una serie de extractos de los trabajos más importantes presentados en la Asamblea de Cleveland, brindando así a nuestros compañeros la oportunidad de tener un resumen de la labor científica realizada en esta ocasión por la Asociación Nacional de Tuberculosis.

EL PREMIO ASHFORD EN MEDICINA TROPICAL

Es con inmenso regocijo que hemos notado que en la reunión anual de la Sociedad Americana de Medicina Tropical celebrada recientemente en Memphis, Tenn., la casa Eli Lilly & Co. estableció el "Premio Bailey K. Ashford en Medicina Tropical", el cual será adjudicado en tres ocasiones distintas, una cada dos años. El premio consistirá de \$1,000 en efectivo y una medalla de bronce propiamente grabada. Una cantidad adicional de \$150, o tanto como fuere necesario de dicha suma, estará disponible para cubrir los gastos de viaje del ganador del premio.

El premio, que será otorgado cada dos años, será adjudicado en reconocimiento de trabajo de investigación realizado en el campo de la medicina tropical, tomando en consideración la independencia de pensamiento y la originalidad. Los candidatos al premio deberán ser ciudadanos americanos y no haber alcanzado los 35 años de edad el 1ro. de enero del año en que haya de adjudicarse el premio; no deberán estar conectados con ningún laboratorio comercial, y no necesitan ser miembros de la Sociedad Americana de Medicina Tropical.

Miembros de la Sociedad Americana de Medicina Tropical deberán someter al secretario de la sociedad, en triplicado, el nombre del candidato propuesto, con información en cuanto a su personalidad y entrenamiento, así como una exposición del trabajo de investigación por el cual deba adjudicarse el premio. Todas las nominaciones deberán estar en poder del secretario a más tardar 60 días antes de la fecha de la asamblea anual en la cual haya de hacerse la adjudicación del premio. El candidato tendrá la oportunidad de presentar un bre-

ve resumen de su trabajo en la asamblea.

El comité encargado de la adjudicación del premio consistirá del presidente de la sociedad, ex-oficio, y tres miembros de la sociedad, cada uno de los cuales servirá por un período de seis años.

La organización de este premio por una de las casas comerciales de más renombre en el ramo de productos químico-farmacéuticos en los Estados Unidos, constituye un nuevo reconocimiento del gran prestigio científico que conquistara en vida nuestro nunca bien llorado Dr. Bailey K. Ashford, y cuya obra inmensa en el campo de la ciencia habrá de servir de ejemplo no sólo a la presente generación de médicos jóvenes de nuestra isla, sino a todas las generaciones por venir.

Que la creación de este premio a la memoria de nuestro ilustre compañero fenecido sirva de acicate para que nuestros jóvenes médicos inicien labor investigativa en el campo de la medicina tropical y para que los aprovechados discípulos del inolvidable maestro no se dnerman en los laureles por ellos alcanzados, y se esmeren, por el contrario, por seguir la ruta que les trazara el infatigable luchador. El campo de estudios es amplio, los medios para poder realizarlos no pueden ser más apropiados, contando como contamos con una "Escuela de Medicina Tropical" donde realizara parte de su labor el propio Dr. Ashford.

De más valor que la remuneración económica que conlleva el premio establecido, resultaría para un hijo de nuestra tierra la satisfacción de ver su nombre grabado junto al de aquel "Soldado de la Ciencia" que se llamó Bailey K. Ashford, y que tanto prestigió nuestro país con sus trabajos de investigación.

Vaya pues, para toda la juventud médica de Puerto Rico, estudiosa e inteligente, nuestra sincera exhortación para que participen en la lucha por la conquista de este

galardón que se adjudicará a la memoria de uno de nuestros más grandes representantes en el campo de la ciencia médica.

LA PLATAFORMA DE LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA

La Asociación Médica Americana aboga por:

1. *El establecimiento de una agencia del gobierno federal que tenga a su cargo la coordinación y administración de todas las funciones médicas y de salud del gobierno federal, excluyendo las del Regimiento y la Armada.*

2. *La asignación de fondos por el Congreso para cualquier estado que necesite de ellos, para la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la atención de los enfermos que comprueben necesitarlos.*

3. *El principio de que la administración de la salud pública y la provisión de servicios médicos para los enfermos es principalmente una responsabilidad local.*

4. *El desarrollo de un mecanismo para afrontar las necesidades de ampliación de los servicios médicos preventivos, con determinación de las necesidades locales y control local de la administración.*

5. *La expansión de atención médica para los indigentes y los necesitados de atención médica, con determinación de las necesidades locales y control local de la administración.*

6. *En la expansión de los servicios médicos para el pueblo en general el uso de todas las facilidades médicas y hospitalarias ya establecidas y calificadas para servir a la comunidad.*

7. *Un continuo desarrollo de la práctica privada de la medicina, sujeto a tales cambios como puedan ser necesarios para mantener la calidad de los servicios médicos y para hacerlos más accesibles.*

8. *Expansión de los servicios médicos y de salud pública en compatibilidad con el sistema democrático americano.*

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reunión del mes:

El sábado 13 del cursante mes celebró su reunión ordinaria la Directiva y el Consejo de la Asociación, conjuntamente con el Comité Científico y el Comité de Seguro Médico, habiendo hecho acto de presencia los siguientes compañeros:

Dr. O. Costa Mandry
 Dr. David E. García
 Dr. M. Pujadas Díaz
 Dr. Félix Alfaro Díaz
 Dr. C. E. Muñoz MacCormick
 Dra. Charis Gould
 Dr. R. Ruiz Nazario
 Dr. J. H. Font
 Dra. Dolores M. Piñero

Entre otros acuerdos, se tomó el de empezar la organización del programa científico de la próxima asamblea anual de nuestra Asociación, que tendrá efecto durante los días 13, 14 y 15 del próximo mes de diciembre; así como el de dividir el programa científico en distintas secciones y hacer el programa oficial en una forma distinta a como se ha hecho en años anteriores, y la cual facilitará el buscar las distintas actividades que habrán de celebrarse durante los días de la asamblea.

También se esbozó y aprobó en esta reunión un plan para la organización de un seguro médico, y el cual será sometido a la consideración de la Cámara de Delegados en una reunión que será citada próximamente por el Sr. Presidente.

Asociación Médica del Distrito de Mayagüez:

El día 7 del cursante mes celebróse en la población de Yauco la asamblea anual

de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, que preside nuestro estimado colega, el Dr. Domingo Noehera, acto que resultó en extremo interesante y en el cual fueron presentados los siguientes trabajos:

- 1.—Valor Prognóstico de la Conversión del Esputo, por el Dr. Ramón T. Colón.
- 2.—Status Asmático, por el Dr. Ramón M. Suárez.
- 3.—“Protective Measures Against the Introduction of Yellow Fever”, por el Dr. T. H. D. Griffiths.
- 4.—La sombra liliar en el diagnóstico de la Tuberculosis Infantil, por el Dr. M. Guzmán Rodríguez.
- 5.—Un caso Bicefálico, por el Dr. A. Antonmattei.
- 6.—La miel de caña y su uso en la medicina, por el Dr. Gabriel Rigau.

Concurrieron a esta asamblea, además de los médicos del distrito de Mayagüez, varios compañeros de distintas poblaciones de la isla, entre estos, el presidente de nuestra Asociación, Dr. O. Costa Mandry, el Dr. Félix Alfaro Díaz, Consejero de la Asociación, el Dr. E. Martínez Rivera, Editor y administrador de esta publicación, el Dr. Ramón M. Suárez, el Dr. L. R. Gaetán, el Dr. José S. Belaval, el Dr. Jacob Smith, el Dr. Jacinto Zaratt, y muchos otros entusiastas miembros de nuestra profesión, cuyos nombres no mencionamos por no hacer esta reseña muy larga.

Después de la presentación de los trabajos científicos arriba enumerados, los concurrentes fueron obsequiados con un exquisito lunch por cortesía de los médicos del distrito de Mayagüez, terminado el cual hicieron uso de la palabra varios compañeros así como el Sr. Alcalde de Yauco y el

Representante Sr. Roca Bacó, quienes asistieron al acto en representación de las autoridades municipales de dicha población.

Vaya una vez más nuestra sincera felicitación para los organizadores de este magnífico acto científico-social.

Ilustre Visitante:

Del 22 al 25 del cursante mes estuvo en nuestra isla, disfrutando de una breve temporada de descanso, el distinguido laringólogo de fama internacional, Dr. Gabriel Tucker, Profesor de laringología y broncoesofagología en la Universidad de Pennsylvania.

No obstante lo breve de su estadía en Puerto Rico, el reputado galeno accedió gustoso a la invitación que le hiciera nuestro presidente para que dictara una conferencia en los salones de la Asociación Médica de Puerto Rico, y en la noche del miércoles 24, y ante una nutrida y entusiasta concurrencia, disertó sobre "*Tumores de la laringe — Diagnóstico y Tratamiento con especial referencia al Cáncer.*"

Sean estas líneas expresivas de nuestro agradecimiento al estimado colega por su instructiva conferencia, así como de nuestro sincero deseo de que su estadía en nuestra isla haya sido de provecho tanto a él como a su hijo mayor, quien le acompañara en este corto viaje a nuestro país.

Fino obsequio:

La señora viuda de nuestro compañero y amigo, el Dr. Manuel Díaz García, quien falleció hace algún tiempo, ha tenido el gesto altruista de donar a la Asociación Médica de Puerto Rico una mesa de caoba que ocupó sitio prominente en la biblioteca de nuestro querido ex-presidente.

La Asociación Médica de Puerto Rico agradece en lo que vale este fino obsequio

de la distinguida dama, y pondrá en sitio de honor de nuestra casa la mesa del que supo prestigiar nuestra clase por sus méritos y su valía, y que fué nuestro presidente durante el año 1931.

Hospital de Distrito de Bayamón:

En la reunión que celebrara el Comité de Educación Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana durante el mes de junio ppdo., fué aceptado en el grupo de hospitales registrados de la A.M.A., y asimismo aceptado como hospital para internado médico, el Hospital de Distrito de Bayamón, del Gobierno Insular de Puerto Rico.

Es con satisfacción que damos esta noticia, que es galardón para nuestro gobierno, por haber sido aprobado unánimemente por dicho Comité el primer hospital de la serie que habrá de levantar nuestro gobierno para dar asistencia médica a las clases indigentes de nuestro país.

Vaya nuestra sincera felicitación para nuestro distinguido compañero, el Dr. Eduardo Garrido Morales, por este triunfo del departamento bajo su dirección.

Dr. Arsenio Comas:

El día 23 del cursante mes fué sometido a una intervención quirúrgica en el Hospital de Cirugía de esta capital, del cual es Director, nuestro querido amigo el Dr. Arsenio Comas.

En el momento en que redactamos estas líneas el amigo Comas se halla en franca convalecencia, y confiamos en que para la fecha en que la presente edición de nuestra revista sea puesta en circulación ya se encuentre el estimado colega completamente restablecido.

*Asociación General Antituberculosa
de Puerto Rico:*

El domingo 30 del próximo pasado mes de junio celebróse en el edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, la asamblea anual de la Asociación General Antituberculosa.

Concurrieron a esta asamblea distintas representaciones de toda la isla, y después de oír una amplia información de las actividades desarrolladas durante el año, se procedió a la elección de los nuevos directores, siendo nombrados los siguientes señores:

Presidente — Dr. Jacobo Simonet
Vice-Pres. — Dr. O. Costa Mandry
Secretario — Sr. Rodrigo del Manzano
Tesorero — Sr. Telesforo Fernández
Sra. Inés Luisa de Marín
Sra. Rosa M. González
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. A. Otero López
Sr. R. Lloveras Soler

Dr. Luis M. Morales:

Recientemente fué nombrado por el Hon. Procurador General de Puerto Rico, miembro de la Junta Consultiva de Indultos y Libertad Bajo Palabra, el estimado amigo y compañero Dr. Luis M. Morales.

Reciba el amigo Morales nuestra más sincera felicitación por la alta distinción conferídale.

Dr. Rafael M. Rivera:

Recientemente embarcó hacia los Estados Unidos el estimado compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

El Dr. Rivera se propone ejercer su profesión en la ciudad de Nueva York.

Mucho éxito deseamos al compañero en su nueva residencia.

Dr. Luis Bartolomei:

A fines del pasado mes embarcó hacia los Estados Unidos en viaje de placer, el estimado compañero Dr. Luis Bartolomei, de la ciudad de Ponce.

Muy gratas impresiones deseamos al querido amigo durante su estadía en el Norte.

Dr. Jacobo Simonet:

A fines del pasado mes de junio regresó a nuestra isla, tras un viaje por los Estados Unidos, durante el cual asistió a la Convención de la Asociación Nacional de Tuberculosis celebrada en Cleveland, y a la Asamblea de la A.M.A. el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Reciba el Dr. Simonet nuestro cordial saludo.

Dr. E. García Cabrera:

Recientemente falleció en esta capital la querida hermana del amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Reciba el estimado colega nuestro sentido pésame por tan sensible pérdida.

Nuevos miembros:

Ultimamente han hecho su ingreso a nuestra Asociación los compañeros cuyos nombres transcribimos a continuación:

Dr. Víctor Rincón, de Humacao
Dr. A. R. Cestero, de Río Piedras
Dr. R. Fernández Marina, de Bayamón
Dr. José R. Maymí, de Santurce
Dr. J. A. Hernández Rivera, de Manatí
Dr. Juan Antonio Rosselló, de Santurce
Dr. Félix A. Rodríguez Forteza, de San Sebastián.

Para todos nuestra más cordial bienvenida al seno de nuestra Asociación.

Dr. José D. Jiménez:

Pasa por la pena de haber perdido a su querida madre en fecha reciente, el querido amigo Dr. José D. Jiménez.

Sean estas líneas portadoras de nuestra más sentida expresión de condolencia para el estimado colega por tan sensible pérdida.

Dr. Robert A. Lambert:

El domingo 14 del cursante mes pernoctó en nuestra isla el distinguido compañero Dr. Robert A. Lambert, primer Director de la Escuela de Medicina Tropical, actualmente Director Asociado de la Fundación Rockefeller, División de Educación Médica, y persona que goza de gran estimación entre la clase médica de nuestro país.

Durante su corta estadía en nuestra capital el Dr. Lambert cambió impresiones con varios de sus antiguos colaboradores, y asistió a una comida que en su obsequio dieron en el Hotel Condado varios de sus amigos más íntimos, entre estos el Dr. George W. Bachman, actual Director de la Escuela, el Dr. José S. Belaval, Dr. Ramón M. Suárez, Dr. Oscar Costa Mandry, Dr.

Juan B. Soto, Dr. E. Gareía Cabrera, Dr. Enrique Koppisch, Dr. Francisco J. Hernández, Dr. Walter A. Glines, Dr. Jenaro Suárez, Dr. Antonio Fernós Isern, y el Sr. Félix Lamela.

El Dr. Lambert partió al día siguiente en aeroplano hacia Buenos Aires.

Dr. Antonio G. Gandía Vilá:

Disfrutando de unas cortas vacaciones se encuentra en esta capital, en compañía de su distinguida esposa, el compañero Dr. Antonio G. Gandía Vilá, médico puertorriqueño que ejerce su profesión en el Onondaga Sanatorium, de Syracuse, N. Y.

Una grata estadía en nuestra isla deseamos al estimado compañero y a su señora esposa.

Dr. P. Quiñones Chacón:

En fecha reciente embarcó hacia el Norte con el propósito de cursar estudios avanzados en cirugía, el estimado amigo, Dr. P. Quiñones Chacón.

Mucho éxito en sus estudios deseamos al querido amigo.

ANNOUNCEMENT OF A STUDY TO EVALUATE ORIGINAL SEROLOGIC TESTS FOR SYPHILIS

More than five years ago the Committee on Evaluation of Serodiagnostic Tests for Syphilis, in cooperation with the United States Public Health Service, conducted a study to evaluate original serologic tests for syphilis or modifications thereof in the United States. The results of this study were published shortly after the investigation was completed.¹

Consideration is now being given by the Committee to the organization of a second evaluation study of original serologic tests for syphilis or modifications thereof within the next year. If the need for an investigation of this kind seems to justify the cost, invitations will be extended to the authors of such serologic tests who reside in the United States, or who may be able to participate by the designation of a serologist who will represent them in this

country. The second evaluation study will be conducted utilizing methods comparable to those employed in the first study.²

Serologists who have an original serologic test for syphilis or an original modification thereof and who desire to participate in the second evaluation study should submit their applications not later than October 1, 1940. The applications must be accompanied by a complete description of the technique of the author's serologic test or modification. All correspondence should be directed to the Surgeon General, United States Public Health Service, Washington, D. C.

-
- 1—Ven. Dis. Inform., Washington. June 1935, 16: 189.
J.A.M.A., Chicago. June 8, 1935, 104: 2033.
2—J.A.M.A., Chicago. Dec. 1, 1934, 103: 1705.

PAN AMERICAN CONGRESS OF OPHTHALMOLOGY

Medicine will contribute to the growing cooperation of the Americas when the first Pan American Congress of Ophthalmology, bringing together a large group of eye specialists of the Western Hemisphere, meets in Cleveland, Ohio, October 11 and 12.

The American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, a society of more than 2,500 specialists of the United States, undertook sponsorship of the Pan American Congress as a means of promoting greater solidarity and wider acquaintance among medical men of the Americas. The need of such a gathering was emphasized by the postponement of the International Congress of Ophthalmology, which was to

have met in Vienna in 1941, made necessary by the European conflict.

The first event of the congress will be a joint banquet with the Academy Wednesday evening, October 9, at which Dr. Frank Brawley, Chicago, president of the Academy, will preside. Thursday afternoon, October 10, the official delegates appointed by the various governments will meet with representatives of ophthalmologic societies to draw up a constitution and make plans for future meetings.

Official recognition of the congress will be extended by the city of Cleveland at a reception Friday evening, October 11.

The scientific program will occupy two days, Friday and Saturday, October 11

and 12. Papers will be divided equally between speakers from the Latin American countries and those from the United States. Papers in Spanish or Portuguese will be discussed by English speaking physicians and those presented in English will be discussed by Latin American speakers. Slides showing a resume of each paper are to be shown on a screen in the two languages other than the one being spoken.

Among those from South American countries who will appear on the program will be:

Dr. Pereira Gomes, chief of an eye clinic at the General Hospital, Sao Paulo, Brasil.

Dr. Cesario de Andrade, professor of ophthalmology, Faculdade de Medicina, Cirurgia y Pharmacia, Bahía, Brasil.

Dr. A. Vasquez Barriere, professor of ophthalmology, University of Montevideo Faculty of Medicine, Montevideo, Uruguay.

Dr. Carlos Charlin, professor of ophthalmology, University of Santiago, Chile.

Dr. Santiago Barrenechea, assistant professor of Ophthalmology, University of Santiago, Chile.

In addition, there will be Dr. Arturo Quevedo, Guatemala City; Tomás R. Yanes, Habana, Cuba, editor of the *Revista Cubana de Oto-Neuro-Oftalmiatria*; Rafael Silva, Mexico City, for many years secretary of the *Sociedad Mexicana de Oftalmología y Otorinología*; Manuel U. Troncoso, formerly of Mexico and now of New York, and Manuel Marquez y Rodríguez,

formerly a prominent ophthalmologist and teacher in Madrid, now living in Mexico City.

Among those who will discuss papers presented in English will be: Drs. Horacio Ferrer, Habana; Mendonea de Barros and Feliciano Penido Burnier, Sao Paulo, and Heitor Marback, Bahía, Dr. Aniceto Solares, La Paz, Bolivia.

English speaking physicians who will present papers will include:

Dr. William L. Benedict, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota.

Dr. Derrick T. Vail, professor of ophthalmology, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio.

Dr. S. Hanford McKee, professor of ophthalmology, McGill University Faculty of Medicine, Montreal, Canada.

Dr. John O. McReynolds, Dallas, Texas.

Dr. Samuel Rodman Irvine, Los Angeles, California.

Dr. Alan Woods, acting professor of ophthalmology, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore.

Dr. Sanford Gifford, professor of ophthalmology, Northwestern University Medical School, Chicago.

Dr. Arthur J. Bedell, Albany, New York.

The committee of the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology which is arranging the Pan American Congress is made up of Drs. Harry S. Gradle, Chicago; Conrad Berens, New York, and Moacyr E. Alvaro, Sao Paulo, Brasil.

ABSTRACTS OF PAPERS PRESENTED AT THE THIRTY-SIX ANNUAL
MEETING OF THE NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION, CLEVELAND, OHIO, JUNE 3 TO 6, 1940.

THE PRESIDENT'S ADDRESS

*Henry D. Chadwick, M. D.
Waltham, Mass.*

One of the great achievements of the 20th century will be the subjugation of tuberculosis. We are far enough along in the campaign that started when this Association was organized 36 years ago to be quite certain that eventually victory will be won. We must not be too complaisant, however, as we are dealing with a very resourceful opponent who will take advantage of any weakening of our defenses to make a counter attack.

In the early days of the Association the stress was put upon treatment, later on prevention, then on health education and on case-finding—these four together with research make up the forces that under one coordinated command are now in the field doing valiant work against the disease. Much has been accomplished. The death rate has dropped 76% in 40 years. We must not be content with what has been accomplished. We have far to go before our objective is gained. Sixty thousand lives a year even now are taken by the tubercle bacillus.

The tuberculosis mortality dropped 33% and 32% respectively in the last two decades. Let us assume, therefore, this average decline of approximately one-third every 10 years can be maintained. In that event, the tuberculosis death rate would be 32 in 1950, 21 in 1960, 14 in 1970, and 40 years from now in 1980 a rate of 9 or 10 may be anticipated. The bells that ring in the year 2000 may sound the death knell of the tubercle bacillus.

The federal department of agriculture has led the way in a successful campaign to eradicate bovine tuberculosis. The success of the agriculturists is due to their persistence along one line—a direct attack on the bacillus and giving no quarter, although this involves the destruction of the host.

Our problem is more complex. We can search out the bacillus but when found we cannot destroy the carrier. We must temporize, we must educate and by slower methods of prevention try to protect others. We attempt to cure, often succeed, and so do much to limit the spread of infection. The slaughter of humans on the pretext of affording them protection is deemed illegal, and outside of modern warfare that measure is barred. The substitute is segregation in institutions. My plea, therefore, is for more beds—one for every tuberculosis patient who should have one.

How many beds should we provide to meet this need? There are 732 institutions listed in the 1938 sanatorium directory with a capacity of 90,000 beds. This is approximately $1\frac{1}{2}$ beds per annual death. It has been shown that a minimum of two beds for each annual death are needed where a good case-finding program is carried on and well equipped institutions are available. Thirteen states have exceeded this quota and four have as many as three beds per death. Far down the list are fourteen states that have not provided even one bed per death. The tuberculosis rates

in 13 of those states exceeds the average for the country as a whole. The National Tuberculosis Association through its affiliated state organizations should wage a persistent campaign for more sanatoria in these states to bring them up to the minimum standard.

The number of beds needed in a state or community can be computed quite accurately by multiplying the number of annual deaths by 10 and dividing the result by four. There are 10 active cases of tuberculosis for each death and 25% of them need and will accept institutional care. This has been the experience where good case-finding programs are carried out and well conducted institutions are available to the patients.

Applying our formula to the United States to find the number of active cases of tuberculosis, we multiply the 60,000 deaths by 10 and the result is 600,000 which is approximately correct. The 25 per cent that will accept and need hospitalization would require 150,000 beds. There are now but 90,000, which means that 60,000 more beds are needed to provide a full complement.

Many additional beds for tuberculosis patients placed where most needed should be the No. 1 item on our agenda. Health education as it applies to tuberculosis is item No. 2. So familiar to us are these matters of what ought to be common knowledge that we deceive ourselves and erroneously believe that our teaching has accomplished its purpose and that the people as a whole are well informed. We must not jeopardize our favorable position through over-confidence. With the weapons now at our command wielded by the agencies now in the field working in close harmony we may expect continued progress toward our goal.

The ultimate surrender of the tubercle

bacillus, however, is two generations away unless new developments in treatment come to our aid. This may be brought about more quickly by discoveries made in the fields of chemotherapy and nutrition. Research in both of these fields is yielding rich returns.

While the chemists of various types and interests are delving in their laboratories, we plodders in the broad fields of physics and education must continue to use the methods that have been proven sound and true. Yet we must be alert and responsive as new procedures are developed, change our tactics if necessary, and vary our course to keep pace with the changing times.

With all the research work being carried on, sooner or later a discovery should be made that will revolutionize the treatment of tuberculosis. I have faith that this will come to pass.

EXPERIENCES WITH MINIATURE FILM CHEST X-RAYS FLUOROGRAPHS

*Bruce H. Douglas, M. D. and Carl C.
Birkelo, M. D.
Detroit, Mich.*

The clinical use of the 4x5 inch film in photography of the fluorescent screen image is presented. An evaluation of this method of chest examination reveals a high degree of accuracy when compared to full-size roentgenograms. The authors found an error of 2.6% in the detection of 271 active tuberculosis cases found in 1,610 individuals examined.

In a large public clinic practice it has been found very economical and accurate. Out of 5,901 examinations it was only necessary to call back 47 for re-examination on large film.

This method can be used without previous tuberculin screening and has been

found, in a series of 1,281 consecutive examinations of pregnant women all of whom were tuberculin tested, that 3 out of 7 healed and active lesions did not respond to a 1/1000 intradermal tuberculin test.

This method of examination with miniature film, of the 4x5 inch size, then is shown to be reasonably accurate in comparison with large films, economical for clinic and survey work and capable of being used without previous tuberculin screening.

WHAT PRINCIPLES SHOULD GUIDE THE PROGRAMS OF TUBERCULOSIS ASSOCIATIONS IN THE LIGHT OF THE EPIDEMIOLOGY OF TUBERCULOSIS

*Edward S. Godfrey, Jr., M. D.
Albany, N. Y.*

The scientific basis for a program for the control of tuberculosis was set forth three years ago by one of the most outstanding epidemiologists of our time, Dr. Wade Hampton Frost. Dr. Frost pointed out that "for the eventual eradication of the tubercle bacillus, it is not necessary that transmission (of the tubercle bacillus) be immediately and completely prevented." That "it is only necessary that the rate of transmission be held permanently below the level at which a given number of infection-spreading (i. e. "open") cases succeed in establishing an equivalent number to carry on the succession."

The great significance of this paper of Dr. Frost's is to be found in a projection of the trend line of tuberculosis mortality in this country from 1920 to 1938. This indicates that if there should be no change in the susceptibility of the human host and no change in the adaptability of the tubercle bacillus and, I may add, no slackening in our efforts, fifty years from now the tuber-

culosis mortality of the United States will be about 5.5 per 100,000.

It is my opinion that this rate of decline can be materially accelerated by the provision of the necessary hospital beds to isolate the open cases of tuberculosis. There should also be a better distribution of available beds adjusted to the needs of the area. We should also consider provision for the care of the vagrant and recalcitrant type of patient. To discharge open cases of this sort regardless of their capacity to spread infection, violates every concept of the proper control of a communicable disease.

The distribution of hospital beds and the adjustment of existing facilities will require the aid of both state and federal governments if the need for them rather than the capacity to erect and maintain them is kept as the primary consideration. It is my opinion that state-operated institutions will prove more satisfactory than state grants-in-aid to local institutions. The most important reasons for this belief are that serving larger areas they can be staffed by better-trained persons, can be located to serve not only the immediate need for tuberculosis care, but for future uses as well, and if they are operated under state health departments there is a better coordination of the hospital staff with other facilities of the health department.

The federal government should assist the state and local governments in carrying out this work in many sections of the country where the need is greatest, the provision for meeting it is least and apparently cannot be met out of local resources. A high prevalence of tuberculosis in one section of our country is in some measure a menace to every other. If needs are better met at home there is less tendency to travel either to obtain care at some other state's expense or for a supposed benefit

of climate.

The itinerant cases seem rather obviously to be the concern of the federal government so that they may not be left to spread infection while a search is made to find the community responsible for their care. Federal assistance in research needs to be continued particularly in field studies involving more than one state, perhaps covering considerable areas of the country.

Needless to say, the federal assistance now given under the Social Security Act should be continued. The assistance given to the basic structures of our state and local health departments is essential to any complete program for the control of tuberculosis. Without the field staff of a health department actively interested in case-finding, a tuberculosis hospital is just another specialized hospital. The Social Security Act enables the employment of more personnel, medical, nursing and clerical, to implement case-finding and the other extramural activities. It is these activities in particular which must be better developed and better directed if our specific measures are to assume the dominant role in pushing down the declining death rate.

First of all there should be a better allocation of deaths to the places where the decedents developed their disease. Certain states have very high recorded death rates because they are "health resorts" for the tuberculous. The health officer should know the facts about persons dying from tuberculosis in his jurisdiction, preferably long before they die.

Every death report of a previously unknown case is the beginning point for an investigation of a family just as though it were a new case report. The first objective of the investigation, as in other communicable diseases, should be to discover the source of infection and stop further spread; the second to find out who have been con-

tacts while the patient has been in an infective stage and ascertain whether any have acquired the disease.

The first of these objectives appears to have received far less attention than the second. I think there are two reasons for it. One because of a preference for treating patients who have a chance to recover rather than to house patients for the sake of preventing further spread of the disease. I have a feeling that the campaign for "Early Diagnosis" has been construed to mean the diagnosis of *early* cases. It should mean the early diagnosis of existing cases. The early diagnosis of a late case that is spreading tubercle bacilli under the guise of having asthma or chronic bronchitis is more important than treating a minimal case that is non-infectious.

The second reason lies in the unsuitability of certain criteria as to what constitutes a "good case-finding job." If a certain percentage of minimal cases are discovered and a certain percentage of contacts are examined, the job is classified of "good". Until all of the members of a tuberculous household over 25 years of age have been examined, there should be no criterion of percentage of minimal cases discovered. Percentages of contacts examined should be judged according to the ages of those examined.

When the records of 17 countries in New York were analyzed a few years ago, it was shown that the contacts below 15 years of age were examined in much larger proportions than those over that age. At ages over 40 less than a fifth were examined.

Another phase of the kind of persons examined at clinics needs examination—Horton (in a paper to be published) has found from his experience in the clinics held in the area served by the Homer Folks Hospital that:

"1. Practically all cases were found at

the first examination.

"2. The age group 18-35 accounted for the majority. Some older ones were discovered through the search for source cases.

"3. A majority of the cases were still in contact (with a prior case) and these with those who had been in contact within 3 years, yielded practically all the cases.

"4. No instance was observed in which a person had had a negative X-ray at age 30 or over who subsequently developed tuberculosis."

The first and last of these observations are of great importance and, if borne out by more extensive observations, indicate that clinic leads can be greatly lightened. The time and effort of the staff can then be devoted to more concentrated effort among those groups where experience has taught us, tuberculosis is most likely to be found.

WHAT POLICIES SHOULD TUBERCULOSIS ASSOCIATIONS FOLLOW IN PROMOTING MEASURES FOR DEVELOPING PHYSICAL RESISTANCE TO TUBERCULOSIS?

*Allen W. Freeman, M. D.
Baltimore, Md.*

This discussion is concerned with one phase of the grand strategy of the campaign against tuberculosis. The specific question is whether or not tuberculosis associations should employ part of their available resources in efforts to increase resistance to tuberculosis.

We our measures to prevent infection completely successful, the question of resistance would be of no importance.

The evidence as to the role of resistance in the fate of tubercle bacilli introduced into the body is not clear. It is true that many persons become infected but escape disease, and probably resistance plays a

part in their escape.

Resistance may depend upon one or all of three factors: constitution, specific immunity, and environmental influences.

Constitution or heredity probably plays a role but if so it is entirely beyond control.

Specific immunity may be naturally acquired as a result of experience with the organism, but it is obviously beyond control, and we cannot as yet produce it artificially.

Environmental influence may explain certain otherwise inexplicable phenomena in the distribution of the disease. Certain factors such as climate, soil, or geological formation, conceivably play a role, but their role cannot be defined and if real is obviously incapable of change.

Immediate environmental factors housing and working conditions, may be of importance, though where these conditions are unfavorable there are usually also increased opportunities for the dissemination of infection.

Tuberculosis associations should cooperate in all measures of social betterment, but their unique opportunity is in the control of infection. This may well be accomplished long before we reach the goal of the perfect society.

PRACTICAL APPLICATION OF THE RECOMMENDATIONS PRESENTED BY THE PRECEDING SPEAKERS IN PLANNING EXPENDITURES OF CHRISTMAS SEAL FUNDS

*J. Arthur Myers, M. D.
Minneapolis, Minn.*

Since it is only the tubercle bacillus that causes tuberculosis, we should direct our activities wholly toward the control of the organism. Our educational programs should carry to the public everywhere only

the well established facts concerning this disease. When these facts are understood by the public, the remainder of the program is easily carried out. Therefore, the first function of our tuberculosis associations should be to see that the public is adequately informed concerning the fundamentals of tuberculosis and its control.

We must recognize the fact that tuberculosis begins in the human body when the tubercle bacillus is first lodged in the tissues and that whatever occurs subsequent to this even is largely beyond our control. The disease may be interrupted permanently by the body's defense mechanism soon after it begins; it may be interrupted temporarily on numerous occasions but eventually may reach its ultimate goal by destroying parts or even the life of the body.

We have no dependable measures that serve to bring about permanent interruptions of the disease, such as drugs, foods, or even mechanical procedures. Therefore, our programs must be developed with one ultimate aim, namely, the creation of an environment free from tubercle bacilli. In some places this has already been nearly accomplished and only a short time is needed to complete the work. In other places, little has been done and much intensive work over a long period of time will be necessary. In both places, the fundamentals of control are the same and the tuberculosis associations must carry out identical procedures; the only difference between the two places is the volume of work to be done.

The following outline is that of a program which is practical for any tuberculosis association:

1. Provide fundamental information concerning tuberculosis for every group of persons in the community, always including the nursing and medical profession and make sure that the information is delivered

and accepted. Repetition is extremely necessary.

2. When the educational work is well along, ask for enough beds in sanatoriums and general hospitals to provide for every contagious case of tuberculosis in the community or state. It is far better to overbuild than to underbuild.

3. Support in every possible way tuberculosis surveys, using (a) the tuberculin test as the fine screen to detect nearly all of those persons who have tuberculosis lesions in their bodies even though they are microscopic; (b) X-ray film examination of the chest of all tuberculin reactors as a coarse screen for those who have lesions in the lungs that have become large enough to cast shadows and which may be due to tuberculosis. (A diagnosis cannot be made from the X-ray examination alone). (c) Careful laboratory and clinical examinations of all persons who have such X-ray shadows to determine whether the shadows are cast by tuberculosis or other diseases.

4. Support a treatment and isolation program for all who have tuberculosis of the lungs which is already or soon will be contagious. Many of the minimal and early moderately advanced cases who are apparently well can be treated adequately by collapse therapy with little or no institutional care. All such persons whose disease cannot be controlled in this manner as well as those who have more advanced disease, whether or not they are ill, should be isolated and treated in sanatoriums and hospitals.

5. Insist upon isolation technic in all sanatoriums and hospitals to prevent the tubercle bacilli of patients from entering the bodies of personnel. If this is not done, some members of the personnel will contract the disease and carry it back to their home communities.

6. Make sure that law exists or is enacted that will compel the incorrigible person with contagious tuberculosis to be hospitalized at once and retained in the institution as long as the disease is contagious. In some states this requires a special building, in order that the incorrigible cases be prevented from creating disciplinary problems and ruining the morale of cooperative patients. It avails little to remove from communities or to treat in their homes cooperative patients and permit incorrigibles to spread their tubercle bacilli among the uninfected.

7. Provide for re-education of all patients who give promise of being able to do full-time or part-time work following treatment, whose previous occupation would seem hazardous and also provide educational facilities for those who were too young to have an occupation when they fell ill from tuberculosis.

8. Educate all recovered patients concerning the significance of adequate periodic examinations throughout life.

9. Enlist every possible recovered tuberculous patient to participate in the educational campaign; they are our best educators.

10. Insist upon tuberculin testing each year for all previously found to be non-reactors. Insist upon X-ray films of the chest each year for all reactors whose previous examination revealed no evidence of significant clinical disease and a complete examination of those whose X-ray films reveal new shadows.

No tuberculosis association can carry out all of the above recommendations alone; some associations can encourage and participate in all of them; other associations can carry out or participate in one or a few in which case the most urgent should be selected.

As a result of widespread use of collapse therapy in its dual capacity as a public health instrument and a medium of cure, the medical personnel of the Chicago Municipal Tuberculosis Sanitarium have become convinced that it offers the patient his best chance and the community its best protection. A. J. Hrubby, M. D., Amer. Rev. of Tuber., Sept. 1939.

It is to be hoped that the generally accepted opinion that all elderly persons must cough, and that coughing is without danger to those about them, will soon be changed, and that all elderly persons with a chronic cough will be subjected to a physical examination as rigorous as if they were younger. E. R. Wiese, Amer. Rev. of Tuber., Feb. 1940.

PETROLAGAR

para el

ESTREÑIMIENTO

PETROLAGAR facilita la evacuación y ayuda a sus pacientes a restablecer el hábito de la hora fija.

Entre las ventajas que PETROLAGAR ofrece a sus pacientes se encuentran las siguientes:

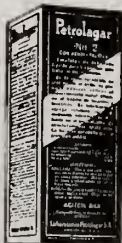
- ★ PETROLAGAR es más agradable—los pacientes a quienes disgusta el aceite mineral lo toman con facilidad.
- ★ PETROLAGAR asegura una consistencia fecal más normal.
- ★ PETROLAGAR no se adhiere a la mucosa intestinal.
- ★ PETROLAGAR no tiende a formar hábito.



PETROLAGAR *se suministra en tres formas—*



PETROLAGAR
Simple



PETROLAGAR
con Fenoltaleína



PETROLAGAR
con Cascara Sagrada

PETROLAGAR LABORATORIES INC., CHICAGO, ILL., U.S.A.

En Diviesos y Furúnculos de los principios fundamentales del tratamiento son :



- 1— Mantener el área circundante estrictamente aséptica.
- 2— Dejar al divieso seguir su curso con la ayuda de la medicación apropiada.

El uso de la Antiphlogistine llena *ambos* requisitos admirablemente.

Es un apósito quirúrgico, antiséptico, que posee cualidades osmóticas, descongativas y la de conservar el calor. Es un suplemento muy conveniente de la seroterapia u otro tratamiento.

ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NUEVA YORK, E.U.A.

Francisco Garratón, S. en C., — P. O. Box 1541, San Juan



SOLUCION DE SALICILATO DE SODA MARIN

PRODUCTO FARMACEUTICO FABRICADO EN PUERTO RICO QUE
ESTA SIENDO USADO POR LA CLASE MEDICA POR LAS RAZONES
SIGUIENTES:

- 1—SU CALIDAD INSUPERABLE.
- 2—NITIDEZ EN SU PRESENTACION.
- 3—PRECIO AL CONSUMIDOR UN 50% DEL IMPOR-
TADO.
- 4—AL PREFERIR PRODUCTOS DEL PAIS AYUDA
A LEVANTAR EL STANDARD FARMACEUTICO
DE PUERTO RICO.

EN IGUALDAD DE CONDICIONES PROTEJA LO NUESTRO

MANUEL MARIN CO. INC.

DIVISION

PRODUCTOS MEDICINALES
MAYAGUEZ, PUERTO RICO





BILRON

(SALES FERRICAS DE
BILIS, LILLY)

SIENDO insolubles en el estómago sin causar irritación, las sales férricas de bilis se disocian en la porción superior del intestino, donde el componente activo toma parte en la digestión. El 'Bilron' (Sales Férricas de Bilis, Lilly) es ideal para la terapia por

substitución en insuficiencias biliares y aumenta la producción de bilis endógena por acción directa sobre las células del hígado. • 'Bilrón' se presenta por conducto de las farmacias y droguerías en envases de 40 y de 500 púlvules (cápsulas llenas), dosificados a 0.325 Gmo.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

COLE'S
POSTA - COLE
EN LAS AFECCIONES GENITO-URINARIAS

Posta-Cole ha probado ser de gran utilidad en el tratamiento de varias condiciones genito-uritarias, particularmente las asociadas con dolor y micción frecuente. Cada tableta contiene $\frac{1}{2}$ gr. de extracto de Hiosciammo; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto Triticum; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto de equinácea; $\frac{1}{2}$ gr. de sulfato de cromo; y $\frac{1}{4}$ gr. de arbutina. Posta-Cole ejerce una acción diurética, narcótica y antiséptica sobre el tracto urinario. El Hiosciammo contenido es un sedativo y antiespasmódico efectivo en el sistema urinario, evitando el espasmo de la vesícula y del cuello de la vejiga. Como resultado de esto, el malestar producido por los síntomas de urgencia, frecuencia y disuria es aliviado o evitado por completo.

Posta-Cole puede usarse favorablemente en el tratamiento de la gonorrea — en su estado crónico y sub-agudo— en la prostatitis y cistitis, también es de valor en las uretritis no específicas, así como también en la hipertrofia prostática.

COLE CHEMICAL CO.
ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

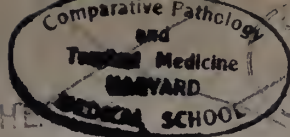
ENRIQUE VELEZ POSADA
Calle O'Donnell Núm. 12 — Apartado 1018 — San Juan, P. R.

INSIGNIAS DE MEDICO

Nuevamente tenemos en existencia las insignias para automóviles. Estos nuevos emblemas tienen el nombre de nuestra Asociación en español, y se venden al precio de \$2.50 cada uno.

Los compañeros asociados podrán obtenerlas en el edificio de la Asociación o por correo mediante el envío del importe de su orden.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY



AÑO XXXII

AGOSTO, 1940

JUL 14 1944

Número 8

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



	<i>Página</i>
Anemia meniscocítica (Sickle-Cell Anemia) —Presentación de casos, Antonio Ortiz, M. D., Santurce, P. R.	273
La sombra hiliar en el diagnóstico de la tuberculosis de tipo infantil, M. Guzmán Rodríguez, M. D., Mayagüez, P. R.	281
Vital Capacity Studies in Puerto Rico, Miguel F. Godreau, M. D., Fajardo, P. R.	287
Sudoku: Its present Status; Report of a Case; Suggested Oral Treatment in Infants and Young Children, Alberto Díaz Atilas, M. D., San Juan, P. R.	293
NOTAS EDITORIALES	
Ejercicio Ilegal de la profesión	303
Asamblea Anual	304
Defensa Nacional	304
Noticias Médico-Sociales	307
Abstracts of Papers on Tuberculosis	310

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

TIPOGRAFÍA SAN JUAN

BES - MIN

VITAMINAS B Y MINERALES

Un tónico de sabor delicioso y de un contenido alcohólico insignificante (5%).

Contiene el complejo B natural fortificado con 3 factores sintéticos de vitaminas, B y los minerales esenciales en una forma fácilmente asimilable.

Niños y adultos lo toman con gusto.

ANDROMACHUS CORPORATION

11 WEST 42nd ST. NEW YORK CITY

Representante: E. Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1088 - San Juan, Puerto Rico.

DRENOBIL

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

Distribuidor Exclusivo:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1088 - San Juan, Puerto Rico.



The Unseen Quality of

DEXTRI-MALTOSE

DEXTRI-MALTOSE is no ordinary carbohydrate. Step by step, its manufacture is surrounded with every care and precaution, evolved through long years of experience and research. Unseen by physician and patient are numerous safety factors, the practical effect of which nevertheless is present in every package of Dextri-Maltose. To name a few of these:

1. Dextri-Maltose is sampled for bacteriological testing before drying.
2. Steam at 20 pounds pressure sterilizes Dextri-Maltose filter presses which remove proteins, fat, and indigestible residue.
3. Blood agar tests are made to insure absence of hemolytic cocci.
4. Dextri-Maltose containers are paper-wrapped to prevent the cans from accumulating dust.
5. Bacteriological tests are made in a steam-washed plating room, the air of which is filtered.
6. Dextri-Maltose containers are automatically filled and closed without human handling of the product.
7. The direct microscopic test which Dextri-Maltose receives is but one kind of 6 microbiological tests which it must routinely meet.
8. The interiors of the large converters in which Dextri-Maltose is processed are thoroughly scrubbed prior to steam sterilization.
9. Steaming under 20 pounds pressure sterilizes the converters for processing Dextri-Maltose.
10. After being packaged, Dextri-Maltose is held in storage and released only after final approval from the bacteriological checking laboratory.
11. Portable equipment used in manufacturing Dextri-Maltose is sterilized in autoclaves at 20 pounds live steam pressure for 20 minutes.
12. Dextri-Maltose is tested routinely to check the keeping quality of prepared feedings held in refrigeration for 24 hours.

It is, therefore, no mere coincidence that Dextri-Maltose enjoys greater pediatric acceptance today than ever before. By constant research and everlasting watchfulness, we try to keep pace with pediatric progress, and we put forth every human effort to merit the continued respect and confidence of the medical profession.

The True Measure of Economy Is Value

MEAD JOHNSON & CO., Evansville, Ind., U.S.A.
P. O. Box No. 3081 — San Juan, P. R.

Obsequio de la Farmacia Blanco

COOPERANDO CON LA CLASE MEDICA POR SESENTA AÑOS

OBSERVACIONES CONVENIENTES AL TOMAR MEDICINAS

Nunca tome medicinas en la obscuridad.

Nunca aumente la dosis o tome más frecuentemente una medicina sin consultar con su médico.

Mantenga siempre limpios los rótulos de los frascos.

Al verter la medicina para tomarla hágalo siempre con el rótulo de la botella hacia arriba.

Tenga las medicinas fuera del alcance de los niños.

Tape bien los envases ya que muchas medicinas debilitan o aumentan su potencia si el líquido se evapora.

Nunca cambie los tapones o tapas porque puede acarrear equivocaciones.

No eche otra vez en la botella el líquido que sobre porque puede contaminarse.

Evite tomar medicinas que hayan sido prescritas para otras personas aunque se las recomienden.

Evite repetir una medicina sin el consentimiento de su médico.

No guarde productos venenosos en el mismo sitio que los que no lo son.

Fíjese siempre bien en el rótulo de la medicina que haya de usar, así evitará confundirse en el empleo de la que use.

Las dosis en que deben tomarse las medicinas no son fijas. La cantidad que se debe tomar dependen de las condiciones de cada cual y sobre todo de la edad del enfermo. Los niños y los ancianos no deben tomar sino dosis mucho menores, según la edad, a las que pueden tomar los adultos entre los veinte y uno y los cincuenta y cinco años.

Guarde las medicinas venenosas bajo llave.

Recuerde que **CONSULTAR A TIEMPO** con su médico es importantísimo.

Si le interesan estas advertencias procure las anteriores en cualquiera de nuestras farmacias, en San Juan o en Santurce.

Todo Combinado En Un Agente

• • ANALGESICO
• • RESOLUTIVO
• • ANTIFEBRIL

... y Se Aplica Localmente

NUMOTIZINE

EMPLASTO MEDICADO DE CAOLÍN

En el tratamiento de algunos estados inflamatorios son múltiples los beneficios que pueden observarse con la aplicación de esta cataplasma mejorada.

Sus efectos locales son calmar la parte inflamada intensificando la circulación.

En sus efectos generales, NUMOTIZINE imparte la bien conocida acción analgésica y antifebril del guayacol y de la creosota.

Estos efectos se producen sin la irritación gástrica que tan fre-

cuentemente acompaña a la medicación que se administra oralmente.

Indicaciones

Entre los casos principales para los que está indicada la Numotizine, se encuentran;

Algunos procesos infecciosos del árbol respiratorio

Ciertas inflamaciones glandulares

Furúnculos

Torceduras

Algunas inflamaciones postraumáticas

En piquetes de algunos insectos

FORMULA

Guayacol U.S.P.	2.6	Salicilato de Metilo U.S.P.	2.6
Formelina	2.6		
Creosota U.S.P.	13.02	C. P. Glicerina y Silicato de Aluminio,	
Sulfato de Quinine U.S.P.	2.6	qs 1000 partes	

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

CASTAGNET & CASTILLO CO.
TANCA NO. 1 — SAN JUAN, P. R.



La Importancia De La Fábrica De Vidrio

Es posible que el progreso de la ciencia, el trabajo de toda su vida, dependan en gran parte del uso de instrumentos ópticos de la más alta precisión. Por esto es que la Fábrica de Vidrio de Bausch & Lomb, ejerciendo control completo en la manufactura de vidrio óptico, el alma de estos instrumentos, es de tanta importancia.

Bausch & Lomb mantiene la única fábrica de vidrio óptico en el Hemisferio Occidental. Durante 25 años, Bausch & Lomb ha venido fabricando vidrio óptico de la más alta calidad y de todos los tipos indispensables para los instrumentos modernos. Debido a esto ha logrado independizarse de todos los mercados extranjeros que en un tiempo lo suministraban.

Con esta facilidad, Bausch & Lomb puede ofrecer instrumentos ópticos y cristales oftálmicos de precisión insuperable, a los precios equitativos tradicionales—aportación que se hace al científico para la mejor solución de sus problemas.

Sin compromiso alguno, Bausch & Lomb suministra catálogos ilustrados al recibo de su petición.

Agentes: H. V. GROSCH CO.

Calle Comercio Núm. 21

San Juan, P. R.

**BAUSCH & LOMB OPTICAL
COMPANY**

ROCHESTER, N. Y. U. S. A.

Bausch & Lomb

PARA NIÑOS FALTOS DE LECHE MATERNA



S. M. A. se adapta
a la leche materna
en las condiciones quí-
micas de la grasa y en
sus propiedades físicas
y, también, en las por-
cionamiento de proteínas,
grasas, carbohidratos y
sales minerales.

Si a un niño le va bien
con la leche materna,
también le irá bien
con S. M. A.



Aceptado por la Junta de Alimentos
de la Asociación Médica Americana.



S. M. A. CORPORATION
CHICAGO, ILLINOIS, E. U. A.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

BRISBANE, AUSTRALIA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P.O. BOX 2906, SAN JUAN, PUERTO RICO

S.M.A. Nutritivamente Equilibrada Para Niños Faltos de Leche Materna

S.M.A. ha sido cuidadosamente preparada para prevenir las deficiencias nutritivas. Es un alimento nutritivo y fácil de digerir que suministra las sustancias esenciales necesarias para mantener bien a los bebés.

S.M.A. contiene bastante hierro para impedir las anemias infantiles; suficientes cantidades de vitaminas A, B y D; y los minerales que se requieren para el buen desarrollo.*

S.M.A., como la leche materna, no requiere modificación alguna. Dilúyala con agua y S. M. A. está LISTA PARA LA ALIMENTACION. Al crecer el niño se aumenta la cantidad de S. M. A., sin que sea necesario alterar la fórmula.

*A los niños alimentados con S. M. A. se les debe dar jugo de naranjas—al igual que se les da éste a los niños alimentados con el pecho.

Now

A WIDELY EMPLOYED MERCURIAL DIURETIC IN IMPROVED FORM

Excellent for INTRAMUSCULAR and Intravenous Injection

It has been conclusively proved that the association of theophylline with a mercurial diuretic greatly enhances the local tolerance to the mercurial component. After intramuscular administration, the mercury component is absorbed more rapidly and completely from the site of injection, the rate of excretion is proportionately increased, and the diuretic effect is more prompt and more pronounced than when the mercurial alone is administered.

Salyrgan-Theophylline (10 per cent of Salyrgan* with 5 per cent of theophylline in solution) is absorbed quickly (97 per cent within an hour) and entirely from muscle tissue. As a result local soreness and pain are greatly reduced in intensity or not experienced at all.

Write for leaflet describing Salyrgan-Theophylline, including discussion of dosage, directions for use and contraindications and side effects.

* Mercury salicylallylamide-o-acetate of sodium.

HOW SUPPLIED

Salyrgan-Theophylline solution is supplied in ampules of 1 cc., boxes of 5 and 25; and ampules of 2 cc., boxes of 10 and 25.

Accepted by the Council on Pharmacy and Chemistry of the American Medical Association.

SALYRGAN-THEOPHYLLINE

"Salyrgan," Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of MERSALYL
with
THEOPHYLLINE

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y. — Windsor, Ont.

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

PETROLAGAR

para el ESTREÑIMIENTO

PETROLAGAR facilita la evacuación y ayuda a sus pacientes a restablecer el hábito de la hora fija.

Entre las ventajas que PETROLAGAR ofrece a sus pacientes se encuentran las siguientes:

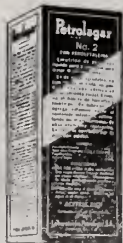
- ★ PETROLAGAR es más agradable—los pacientes a quienes disgusta el aceite mineral lo toman con facilidad.
- ★ PETROLAGAR asegura una consistencia fecal más normal.
- ★ PETROLAGAR no se adhiere a la mucosa intestinal.
- ★ PETROLAGAR no tiende a formar hábito.



PETROLAGAR se suministra en tres formas—



PETROLAGAR
Simple



PETROLAGAR
con Fenolftaleína



PETROLAGAR
con Casaca Sagrada

PETROLAGAR LABORATORIES INC., CHICAGO, ILL., U.S.A.

Recomendada en el tratamiento del esprúo....

SOLUCION EXTRACTO DE HIGADO

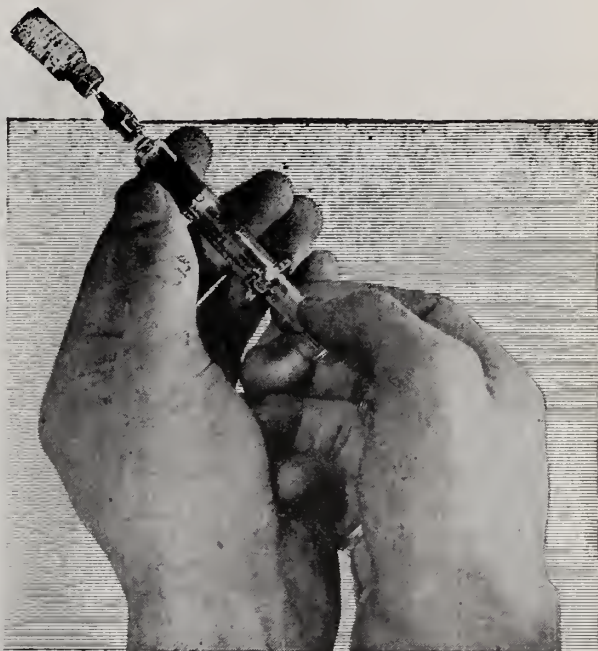
CONCENTRADA A 1cc.

(PARENTERICA)

Lederle

SUAREZ¹ ha dicho que indudablemente los dos factores más importantes en el tratamiento del esprúo son dieta apropiada y hepatoterapia adecuada. Concluyó, respecto a la hepatoterapia, que el extracto concentrado de Lederle es de gran eficacia en todos los casos de esprúo caracterizados por anemia macrocítica, y que ocasiona respuesta que compara favorablemente con la obtenida con extractos de hígado crudos.

Otros observadores² informan que tras el uso parentérico de extracto de hígado es usual una mejoría pronta y marcada, manifestada por supresión de la diarrea, aumento notable de peso y fuerza, cicatrización de la glositis y mejoría del apetito. Desaparecen los trastornos gastrointestinales, aumentan los reticulocitos y células rojas y vuelve el hemograma al aspecto normal.



con un mínimo de inconveniencia . . .

Debido a su alta concentración (15 unidades F.EE.UU. por centicubo) la Solución Extracto de Hígado Concentrada a 1cc., Lederle, es especialmente adaptable a la hepatoterapia adecuada del esprúo.

1 — SUAREZ, R. M.: Ann. Int. Med., Vol. 12:4, octubre de 1938.

2 — MOLINA, R.: Boletín Asoc. Méd. de P. R., junio de 1940.

Literatura a solicitud.

LEDERLE LABORATORIES CO.

76 Calle Salvador Brau — San Juan, P. R.

A New Drug of Significant Meaning in Chemotherapy

SULFATHIAZOLE-ALBA

THE emergence of Sulfathiazole, the new sulfonamide derivative, from the realm of research, marks a new milestone in the progress of chemotherapy.

In behavior this thiazole analogue of sulfapyridine is dramatically prompt and favorable. In pneumococcus pneumonia and staphylococcus septicemia a series of 83 pneumonia cases* demonstrated that it is rapidly absorbed from the gastro-intestinal tract and excreted in the urine rapidly and practically quantitatively. Effects on renal

function and the hemopoietic system were transitory and not pronounced. Vomiting and nausea seldom occurred and the incidence of other toxic reactions was small.

Sulfathiazole also shows great promise of ability against other pathogenic organisms, but its exact fields of service have yet to be defined by further work.

When you designate Sulfathiazole-Alba you designate a product of the highest ethical standards.

*Reinhold, John G.; Flippin, Harrison F., and Schwartz, Leon: Observations on the Pharmacology and Toxicology of Sulfathiazole in Man. (American Journal of the Medical Sciences, 199:393, March, 1940).

Sulfathiazole-Alba is supplied in tablets of 0.5 Gm. (7.72 grains), bottles of 50 and 500; and for preparing test solutions, in bottles of 5 Grams.

ALBA PHARMACEUTICAL COMPANY, INC., 80 VARICK STREET NEW YORK N. Y.

SAMPLES AND LITERATURE ON REQUEST

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

21 Comercio St. - P. O. Box 402 - San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

AGOSTO, 1940.

Número 8

ANEMIA MENISCOCITICA (SICKLE-CELL ANEMIA)*

PRESENTACION DE CASOS

ANTONIO ORTIZ, M. D.**

Santurce, P. R.

Que existe en nuestra población el fenómeno meniscocítico o el "*sickling*" fué establecido hace algunos años; por un caso del Dr. Ashford y por el estudio que de una serie de personas hizo el Dr. Pons.¹ En esas condiciones es lógico suponer que también ocurra en nuestro país la anemia meniscocítica, y es mi propósito demostrarlo presentando, al hacer un repaso de la enfermedad, a una familia en la que el padre, la madre, y cinco de seis hijos muestran meniscocitosis y padecen la mayoría de ellos de la anemia correspondiente.

Antes de empezar quiero hacer constar que la Srta. Mercedes Vicente colaboró conmigo en este estudio, emprendió con gran entusiasmo el trabajo de laboratorio, y preparó las tablas que acompañan el artículo.[†] También tengo que agradecer la ayuda de la Srta. Sara Torres y de otros en el laboratorio del Hospital Presbiteriano.

El fenómeno meniscocítico o el *sickling* consiste en la propiedad de las células rojas de ciertos individuos de cambiar de forma y asumir contornos bizarros, tales como la forma de una media luna, un grano de arena, una hoz, etc., cuando se las conserva húmedas en preparaciones selladas por va-

rias horas. Esta es una propiedad de los hematíes, y no del suero, y se manifiesta principalmente cuando aumenta la concentración de anhídrico carbono en la preparación.² No es mi propósito hacerles una descripción del fenómeno y de su mecanismo, tan hábilmente expuestos en la literatura un centenar de veces,³ sino presentar algunos de los aspectos que considero esenciales para enfocar mis casos.

El fenómeno meniscocítico ocurre casi exclusivamente en la raza de color. Se han reportado casos aislados en la raza blanca, especialmente en la Mediterránea. Es un rasgo (*trait*) familiar que se hereda como una característica dominante Mendeliana, una especie de anomalía constitucional en sí inocua, que puede servir de base a una anemia hemolítica crónica. La alteración constitucional en la forma de los hematíes existe en la gran mayoría de las veces sin causar trastorno alguno, algo así como en una fase latente. En este grupo se supone que la mortalidad no es mayor que en la generalidad de la población. En cambio en algunos casos, como en los que vamos a presentar hoy, se manifiesta el rasgo en una fase activa, como condición indispensable, en compañía de otros factores desconocidos, para la existencia de una anemia hemolítica crónica de grado intenso.

Entre las anemias hemolíticas, la menis-

* Trabajo leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 10, 1939.

** Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Presbiteriano, Santurce.

† Las tablas completas aparecerán publicadas en los reimpresos del autor.

coecítica (sickle-cells) ocupa una posición análoga a la ocupada por la ictericia hemolítica congénita y la anemia eritroblástica, porque en todas ellas existen variaciones innatas en la forma y la estructura de las células rojas —en la primera la forma meniscocítica, en la segunda las células pequeñas globulares, y en la tercera una abundancia de normoblastos. Como en todas las anemias hemolíticas, existe en la anemia meniscocítica evidencia de tres procesos fundamentales, como los hace resaltar Josephs.⁴

Primero: Evidencia de hemolisis, tales como ictericia visible o latente con elevación de las cifras de bilirrubina en el suero y reacción de van den Bergh indirecta y demorada; aumento en la urobilina en la orina y en la excreta.

Segundo: Evidencia de regeneración sanguínea activa: Aumento en el número de los reticulocitos, de los leucocitos, y hasta de las plaquetas; una médula ósea hiperplásica.

Tercero: Células sanguíneas jóvenes y primitivas en la circulación: la aparición de normoblastos, células basofílicas y punteadas, leucocitos jóvenes y hasta mielocitos. Esto no constituye evidencia de regeneración activa únicamente, ni es exclusiva de la hemolisis, pero indica un trastorno serio en el sistema hematopoyético.

Estos tres procesos juntos con la anemia, la forma meniscocítica de las células rojas que se observa a veces en las muestras frescas, pero mejor aún en las que han sido selladas con parafina sin teñir, constituyen las características hematológicas de la anemia meniscocítica. Las células rojas muestran un ligero aumento en su resistencia a las soluciones salinas, todo lo contrario de lo que sucede en la ictericia hemolítica congénita.

Los síntomas de esta enfermedad son principalmente los síntomas de la anemia.

Es innecesario detallarlos ahora. En el examen físico nos encontramos con la palidez y una ligera ictericia, difícil de apreciar en la piel de las personas de color, pero que se nota en la esclera, que toma un tinte amarillo verdoso. El hígado generalmente se encuentra aumentado en tamaño, y lo que es más importante, el bazo es grande en la mayoría de los casos, durante casi todo el curso de la enfermedad. Sin embargo, según pasan los años el bazo va disminuyendo progresivamente de volumen hasta contraerse de tal modo que al final el patólogo suele encontrar sólo el más mínimo vestigio del órgano. En ocasiones se han reportado casos en los cuales el bazo sólo ha pesado de 1 a 4 gramos: los más pequeños conocidos en la patología.⁵ En el corazón se escuchan soplos que más bien son propios de la anemia que de la meniscocitosis.

Sobre los hallazgos hematológicos ya hemos hablado. Las radiografías de los huesos demuestran a veces evidencia de la inusitada actividad de la médula ósea. En el cráneo por ejemplo, se ha notado una expansión irregular del diploe en forma de estrías perpendiculares. En nuestros casos no han ocurrido manifestaciones óseas. Estos cambios son mucho más notables en la anemia eritroblástica.

Cooley⁶ reporta un aumento en el colesterol y el contenido lipoideo del suero en su experiencia. Nosotros siempre encontramos valores normales de colesterol.

La enfermedad, como hemos dicho antes, está casi exclusivamente restringida a la raza de color. Es mucho más común en los niños que en los adultos, posiblemente porque muchos no sobreviven o se curan espontáneamente, o porque el proceso hemolítico sea más intenso en la niñez. Sólo se han reportado 3 casos en personas mayores de 30 años —ninguno en mayores de 35.⁷

El curso de la anemia meniscocítica es de

tipo remitente. Permanentemente existe hemolisis y anemia con una hemoglobina que tiende a un nivel más o menos fijo para cada individuo, en unos por ejemplo, 40% en otros 50%, etc. Sin embargo ocurren períodos de agravación llamados crisis, parecidos a los que ocurren en la ictericia hemolítica congénita. En estas crisis la hemoglobina baja rapidísimamente a niveles peligrosos. Cuando recobra el paciente, vuelve a establecerse el equilibrio anterior, y así sucesivamente.

Durante la crisis el paciente aqueja síntomas alarmantes. Generalmente son de tipo abdominal: dolor intenso en el vientre, vómitos, ligera elevación febril y hasta rigidez de la pared abdominal que han llevado a muchos clínicos a confundir el cuadro con la apendicitis y a operar innecesariamente. Se supone que los infartos del bazo, que son tan frecuentes en esta enfermedad, expliquen el dolor cuando éste se localiza en el hipocondrio izquierdo. Los dolores difusos o referidos al bajo vientre son más difíciles de explicar.⁸ Dos de las crisis de nuestro primer paciente, Juan Rosario, tomaron esta forma abdominal.

Los síntomas pueden ser cardíacos como le sucedió al mismo niño hace dos meses, cuando estuvo muy enfermo por cinco días con palpitaciones, taquicardia, dolor en el precordio en cuanto se sentaba o se ponía de pie. No hablaba ni deseaba moverse, mostraba marcada palidez y un estado febril. El examen no revelaba evidencia de lesión cardíaca aparte de un soplo sistólico funcional. Las amígdalas estaban inyectadas y había mucha flema en la pared faríngea. Aparentemente el muchacho estaba en medio de una crisis hemolítica provocada por una faringitis.

Son muy frecuentes también en la anemia meniscocítica, tanto en los intervalos como en las crisis, los dolores en los músculos y en las articulaciones. Nuestros pa-

cientes los han padecido. En uno de ellos, Lorenzo Rosario, se presentó un dolor en el muslo y en la pierna derecha, con parálisis aparente, disminución en los reflejos y un dolor intenso en la espalda, que nos indujo a hacer un diagnóstico provisional de parálisis infantil (descartado debido a un líquido negativo y a otros factores) y luego a investigar infructuosamente la posibilidad de tuberculosis de las vértebras, aún cuando sabíamos que el paciente padecía del rasgo meniscocítico. Las radiografías de los huesos de las piernas no mostraron alteraciones. Evidentemente se trataba de una crisis. También se han descrito síntomas cerebrales.

Es digno de notarse que ninguno de nuestros pacientes ha sufrido de úlceras crónicas en las piernas, que se suponen tan comunes en esta enfermedad. Gooley⁸ aclara el punto al decirnos que no son tan frecuentes estas úlceras en los niños como en los adultos.

Queremos hacer resaltar que los tres hermanos más fuertemente afectados acusan a menudo febrículas persistentes y escalofríos sin padecer de malaria ni de otra enfermedad que los explique.

Todos ellos padecen de las amígdalas y casi todas las recaídas han venido acompañadas de tonsilitis, faringitis y catarro. Es ya conocido que las crisis hemolíticas son provocadas por infecciones intercurrentes, casi siempre respiratorias y más específicamente por las estreptocócicas; y a veces por otros estímulos como el frío y factores tóxicos. No se ha podido determinar por qué y cómo es que estos agentes provocan hemolisis. Tampoco se ha podido explicar el mecanismo íntimo del estado hemolítico crónico que estos individuos presentan.

Los estudios anátomo-patológicos no lanzan mucha luz sobre estas cuestiones. Los hallazgos son los mismos que en otros estados hemolíticos; se destacan la frecuencia

de las trombosis y los infartos, especialmente del bazo, la fibrosis y la atrofia final de este órgano. En los tejidos fijados en formalina, pueden observarse células rojas meniscocíticas. Según Rich,⁹ sin embargo, hay cambios histológicos específicos en el bazo, y además él cree haber constatado una malformación congénita de los senos esplénicos que permite el escape de sangre a la pulpa que sirve como base a la enfermedad.

El diagnóstico diferencial presenta varios problemas interesantes. Primero en cuanto al rasgo meniscocítico en sí: lo importante es estudiar muestras de sangre conservadas húmedas por varias horas, preferiblemente a la temperatura ambiente. Sin embargo una observación minuciosa de las muestras frescas teñidas a menudo revela la presencia de células meniscocíticas, especialmente durante las crisis. No hay que confundir este rasgo con la ovalocitosis, que no tiene distribución racial típica, y que no aumenta cuando las células son sometidas a altas concentraciones de anhídrico carbónico, ni cuando se conservan las muestras selladas.¹⁰ Segundo: las dificultades son mayores durante las crisis hemolíticas que se confunden con un sinnúmero de enfermedades como la apendicitis, las artritis, la ictericia catarral, etc. No necesito resaltar lo lamentable que serían estas confusiones. Lo primero que uno puede constatar es la anemia, lo siguiente es su naturaleza hemolítica (por la ictericia, la urobilina aumentada, y la reacción hematológica antes descrita), y luego su origen meniscocítico, por el estudio de la morfología de las células rojas bajo distintas condiciones. El hecho de que la resistencia a las diluciones salinas está aumentada nos ayuda a distinguir esta enfermedad de la ictericia hemolítica congénita, que es la afección que más se parece a la anemia meniscocítica.

A menudo se presenta también el problema de diferenciar una verdadera anemia

meniscocítica de una anemia de otra naturaleza en individuos que padezcan del rasgo. Si uno encuentra evidencia de hemólisis y de regeneración sanguínea activa, acompañadas posiblemente de un hígado y bazo hipertrofiados, ya tiene datos suficientes para el diagnóstico, especialmente en ausencia de otra explicación para la anemia. El curso crónico de la enfermedad, con sus crisis características, y las pruebas terapéuticas, contribuyen a confirmar el diagnóstico.

En cuanto al tratamiento, sólo se pueden aconsejar las medidas generales, y quizás el uso del hierro, aunque este último a veces parece superfluo, y en nuestros casos nunca ha mejorado la anemia definitivamente. La administración del hierro y el hígado juntos mantiene al paciente en mejores condiciones. Cualquier foco de infección, que generalmente radica en las amígdalas y adenoides, debe ser tratado adecuadamente. La esplenectomía tiene sus campeones, especialmente si el bazo es grande, pero la operación tiene sus riesgos, los resultados son dudosos,² y las mejorías reportadas no pueden compararse con las que ocurren en la anemia por ictericia hemolítica congénita. Nosotros no hemos recurrido a la esplenectomía en nuestros casos: no nos hemos sentido inclinados a hacer el experimento.

Durante las crisis las transfusiones son útiles y a veces hasta indispensables. Con ellas se puede detener una crisis hemolítica casi a voluntad. No sólo se reemplaza, mediante la transfusión, parte de la sangre perdida, sino que por un mecanismo inexplicable, y no por ello menos maravilloso, se retarda y hasta se detiene el proceso hemolítico. Josephs reporta haber obtenido resultados análogos con el uso del plasma sanguíneo aisladamente.^{11, 12}

El pronóstico en cuanto a la vida no es malo, si las agravaciones periódicas se

atienden a tiempo. El final casi siempre se debe a otras enfermedades asociadas. Lo que resulta más desagradable es la cronicidad del proceso, las molestias, los dolores: ese estado de invalidez casi permanente que no permite el inefable gozo de una salud perfecta. Sin embargo, la tendencia en la enfermedad es a mejorar espontáneamente⁸ y algunas veces se desaparece la anemia meniscocítica en el transcurso de los años, aunque el rasgo persiste. He ahí una razón más por la que la enfermedad es menos frecuente en los adultos que en los niños.

x x x

Los casos de anemia meniscocítica que voy a presentar comprenden miembros de una familia: compuesta por padre, madre, y seis hijos. Es una ilustración perfecta de la distribución familiar de esta enfermedad, pues toda la familia, menos el mayor de los hijos padece del rasgo.

Dos de los hermanos padecen más allá de toda duda de anemia meniscocítica, y un tercero con toda probabilidad. En el cuarto caso no hay prueba absoluta de que la anemia sea necesariamente meniscocítica. La madre y el hijo menor no han sido estudiados suficientemente para excluir anemias de otra naturaleza. El padre muestra el rasgo, pero no la anemia.

El primer caso estudiado fué el de Juan Rosario - de 9 años de edad cuando fué visto por primera vez. Hoy cuenta 13 años. Admitido al Hospital Presbiteriano en enero 25 de 1935 - Síntomas principales: amarillez de la esclera, dolor de vientre a menudo, abultamiento del abdomen, debilidad, falta de energías, fiebre casi todas las días por cuatro meses.

Febrícula durante su estadía en el hospital.

Signos más notables: ictericia de la esclera, soplo sistólico funcional. Hígado tres pulgadas, bazo cuatro pulgadas bajo el borde costal.

En noviembre de 1935 el hígado se extendía solamente una pulgada bajo el margen, y el bazo dos pulgadas y media. En el 1939 la situación era más o menos la misma. En el presente después de una crisis hace dos meses, el bazo ha aumentado en tamaño hasta el nivel del ombligo, la esclera muestra ictericia, y la hemoglobina ha descendido a 39%.

Los hallazgos de laboratorio cuando fué admitido por primera vez al hospital, en una crisis hemolítica, son los siguientes: Hemoglobina 29%. Días más tarde 32 - 46 50%. Eritrocitos de 1,460,000 a 2,700,000 al salir de la crisis. Células blancas 12,200. Reticulocitos de 14% en la crisis a 7% al iniciarse la mejoría. Muestra fresca de sangre: signos de regeneración activa. Hay 5 normoblastos por cada 100 células blancas.

4% de células rojas meniscocíticas en las muestras frescas teñidas — de 90 a 100% en las muestras selladas con parafina conservadas por 24 a 48 horas.

Orina altamente positiva para urobilina y urobilinógeno — van den Bergh: reacción demorada 5.5 unidades de bilirrubina.

Resistencia a soluciones salinas: la hemólisis comienza en 0.32% — completa en 0.16% - Control: 0.42 a 0.34%. Resistencia aumentada.

Una segunda crisis ocurrió mes y medio más tarde acompañada de dolores de vientre, náuseas y vómitos.

Hemoglobina 21% — 50% catorce días más tarde sin tratamiento específico.

Células rojas 1,230,000 -- luego 2,500,000.

Leucocitos 20,500 -- Reticulocitos 22% - 5% de eritroblastos por cada 100 células blancas.

Ictericia. Urobilina siempre altamente positiva. Otros hallazgos iguales a los descritos anteriormente.

Tercera crisis en noviembre del mismo año: Hemoglobina esta vez de 33%. Células

meniscocíticas 96%. Reticulocitos 18.5%.

En febrero del 1939 durante una remisión típica: 3,210,000 células rojas, 46% de hemoglobina. La meniscocitosis era constante, por supuesto. Urobilina siempre positiva en la orina. Nueva crisis en octubre del 1939, con síntomas cardíacos, ya descritos. Otros hallazgos de importancia:

No había malaria. Kahn negativo. Huevos de ascaris en la excreta. Colesterol 85 mgs. por 100.

Segundo caso: Victoria Rosario, hermana del primer paciente ingresó al Hospital Presbiteriano en febrero del 1935.

Síntoma principal: ictericia — esclera amarillenta. Orina oscura. Fiebres nocturnas a veces.

Hallazgos: Soplo funcional. Hígado y bazo apenas rebasan el borde costal. Más tarde el bazo ya no era palpable. Ligera ictericia conjuntival. Hemoglobina entre 40 y 47%. Células rojas 2,200,000 hasta 4,000,000 durante las remisiones, con 60% de hemoglobina. Las laminillas muestran más o menos las mismas alteraciones que las del caso anterior. 7% de meniscocitos en las muestras frescas, 95% en las muestras selladas por 24 horas. 2% de normoblastos. La reticulosis más alta fué de 12.5%.

Orina positiva para urobilina. Reacción de van den Bergh indirecta, demorada; 5.4 y 3.7 unidades de bilirrubina por cien.

Por varios años este paciente, como los otros, estuvo fuera de observación. En el 1959 padeció una crisis: fiebre alta, escalofríos y vómitos, sin tener malaria. Dolor lumbar intenso. Dolor en las rodillas, sin hinchazón.

Otros hallazgos fueron más o menos iguales que en el caso anterior.

Caso Tercero: Lorenzo Rosario.

Visto por primera vez a la edad de año y medio. Reingresado un año más tarde debido a dolor en las piernas con signos de poliomiелitis, cuando en realidad estaba en

medio de la crisis hemolítica que ya mencionamos. Fiebres y escalofríos irregularmente, sin que hubiera malaria.

A veces muestra un tinte subictérico de la esclera. El bazo nunca estuvo hipertrofiado. Hígado en el borde costal.

Hemoglobina entre 54 y 66%. Células rojas cerca de 4,000,000. 3% de células meniscocíticas en las muestras frescas, 80% en las conservadas. Urobilina positiva. Van den Bergh 0.3 de unidades durante una remisión. Resistencia a soluciones salinas aumentada. Kahn negativo.

Dos de los otros hermanos muestran el rasgo y una anemia cuya naturaleza no se

Luz María Rosario. Ingresó en el Hospital Presbiteriano para estudio a la edad de 4 años. No ha tenido síntomas de la enfermedad ni demuestra signos de importancia.

Hemoglobina entre 50 y 66%.

Poco más de 3,000,000 de células rojas.

Otra vez aparece el fenómeno meniscocítico. Hasta en muestras frescas teñidas se nota un 2% de células alteradas; en las muestras selladas un 90%.

Urobilina positiva. Van den Bergh 0.4 de una unidad. Resistencia aumentada. Ascariasis y triquinuriasis.

Pedro Rosario. Lo interesante en este caso es que a la temprana edad de cinco meses ya mostraba un 80% de células meniscocíticas en las muestras selladas por 24 horas. Existía también anemia, la hemoglobina era de 50% y las células rojas 3,300,000. No fué estudiado en detalle.

Ni los síntomas ni los otros hallazgos merecen mención aparte. Hoy cuenta cuatro años de edad.

El sexto y último de los hermanos Luis Rosario, el mayor, constituye la única excepción en la familia, pues no muestra el rasgo meniscocítico. Ha sido el más saludable de todos los hermanos. Su edad presente es de 16 años y desde los 3 años no ha tenido padecimientos serios. El reconoci-

miento no revela ictericia ni hipertrofia del hígado o del bazo.

La hemoglobina oscila entre 60 y 70%, los eritrocitos cifran alrededor de 4,000,000. No hay células meniscocíticas ni aún en las muestras selladas por 72 horas. Urobilina y Urobilinógeno negativo.

Un dato curioso en el examen de las muestras frescas fué el hallazgo de una microfilaria.

Tanto el padre como la madre de estos jóvenes padecen del rasgo meniscocítico. El padre muestra un 80% de células alteradas. No existe anemia prácticamente (4,100,000 eritrocitos—82% de hemoglobina). Urobilina negativa. Kahn negativo. En cambio la madre, además del rasgo (70% de células meniscocíticas) padece de una anemia que oscila entre 50 y 60% de hemoglobina. Urobilina es también positiva.

Con un factor hereditario bilateral tan definitivo, no es extraño que cinco de los seis hijos de este matrimonio hayan heredado el rasgo meniscocítico. Tampoco es raro en estas circunstancias que la mitad y quizás la mayoría de ellos padezca de una verdadera anemia meniscocítica.

x x x

RESUMEN Y CONCLUSIÓN

Hemos trazado hoy las características principales de una variedad de anemia hemolítica crónica que se basa en una anomalía constitucional en la estructura de las células rojas: el fenómeno meniscocítico (sickling). Hemos tenido la fortuna de poder ilustrar nuestra descripción con un grupo de casos que demuestran la distribución racial y familiar de esta enfermedad y otras de sus características esenciales.

No hemos querido sugerir que la anemia meniscocítica sea frecuente en nuestro ambiente. Sabemos, sin embargo, que existen muchos más casos que los que se han logrado descubrir. Naturalmente, si se hiciera un estudio rutinario de muestras sin teñir, selladas con parafina por 24 horas, en las anemias en la raza de color, pocos se escaparían; pero eso requeriría inusitadas facilidades de laboratorio. Lo más que se puede exigir es que se tenga en cuenta el cuadro definido y notable que presentan las anemias meniscocíticas y que se hagan los estudios pertinentes a la menor sospecha. Sobre todo debemos estar en guardia para no confundir las crisis hemolíticas de la anemia meniscocítica con otras enfermedades agudas de tratamiento y pronóstico enteramente distintos.

BIBLIOGRAFIA

1. Pons, Juan A. y Oms, Mary: Incidencia del Rasgo Meniscocítico (Eritrocitos Semilunares) en Puerto Rico, Bol. de la Asoc. Med. de P. R., 25; 367-371 (Diciembre) 1934.
2. Huch, J. G.: Bull. J. H. Hosp., 34: 335, 1923.
Hahn, E. V. and Gillespie, E. B.: Arch. Int. Med., 39: 233, 1927.
3. Diggs, L. W. and Bibb, Juanita: The Erythrocyte in Sick Cell Anemia, J.A.M.A., 112:695-701 (February 25) 1939.
4. Josephs, W.: Internat. Clinics, Vol. II, 45th series, 1935.
5. Yater, W. M. and Mollari, Mario: The Pathology of Sick Cell Anemia, J.A.M.A., 96: 1671-1675 (May) 1931.
6. Cooley, T. B.: Report to American Pediatric Society, Cleveland, Amer. Jour. Dis. Child. (September) 1935.
7. Mason, V. R.: Handbook of Hematology, Downey Ed., Vol. III, 2331-2344.

8. Cooley, T. B.: Brennenman's Pediatrics, Vol. III, Chap. XVI, page 37.
9. Rich: Bull. J. H. Hosp., 43: 398, 1928.
10. Osgood, E. E.: Discussion on Digg's paper, J.A.M.A., 112: 700 (February 25) 1939.
11. Josephs H. W. and Winocus, P.: Bull. J. H. Hosp., 62: 70-16, (January) 1938.
12. Josephs, H. W.: Bull. J. H. Hosp., 62: 53-69

(January) 1938.

Otras referencias generales:

Herrick, J. B.: Arch. Int. Med., Vol. VI, page 517, 1910.

Sydenstricker, V. P.: Oxford Medicine, Vol. II, pp. 849-459

Ordway and Gorham: Diseases of the Blood (Oxford Monographs).

Efforts to eradicate tuberculosis should not be spread thin like butter over bread. Louis I. Dublin, M. D., Metropolitan Life Insurance Company.

The rapid decline in tuberculosis mortality rates has been due mainly to lessening in the incidence of infection. Among those infected, the toll though diminished, is still appalling. Mortality statistics, morbidity reports, autopsy examinations, tuberculin tests and X-ray surveys, indicate that about half of all infected individuals develop clinical tuberculosis, and that from 10 to 20 per cent of them eventually die of the disease. The high risk of disease and death due to infection by the tubercle bacillus justifies increased efforts for its prevention.

Emil Bogen, M. D., Amer. Rev. of Tuber., August, 1940.

The death rate from tuberculosis for the entire United States for 1938 was 48.6 per 100,000 population which is 9.3% below that of 1937 and the greatest single annual decline in three decades, except for the phenomenal fall in the death rate just after the war in 1918. This figure was obtained by direct correspondence with health officers of various states. J. S. Whitney, Amer. Rev. of Tuber., Aug., 1939.

Because tuberculosis is found 13.5 times as often in families of known cases as in the general population, we should look for tuberculosis in the homes of persons who have it. Crusader, May, 1940.

“LA SOMBRA HILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS DE TIPO INFANTIL”*

M. GUZMAN RODRIGUEZ, M. D.

Mayagüez, P. R.

La sombra hiliar en la tuberculosis de tipo infantil, representa solamente uno de los aspectos de la fase bipolar de la infección. Cuando en la Sociedad de Biología de París en el 1876 Parrot definió su postulado de que las lesiones pulmonares no podían existir sin lesiones similares en las glándulas linfáticas adyacentes, trazó con mano vigorosa lo que más tarde había de llamarse el complejo primario de Ranke, y dió margen a las discutidas y elaboradas hipótesis de Kuss(1) en el 1898.

Con anterioridad a Parrot y posterioridad a Kuss (1876-1898) la clínica médica había elaborado con supremos afanes que aún reconocemos con orgullo, una cadena de síntomas y signos con los cuales evaluaba las reacciones bacilares que se producían en el filtro de los ganglios del pulmón. La macicez paravertebral e intraescapular, el signo de D'Espine, el signo de Eustace Smith y el síntoma de la tos coqueluchoidea, fueron pruebas irrefutables del ultra-refinamiento del diagnóstico clínico de una época.

Con el advenimiento de la roentgenología en el 1895, y verificado por los investigadores de ambos hemisferios el postulado de Parrot, los ganglios broncopulmonares, traqueo-bronquiales y paratraqueales, adquirieron una importancia capital, al proyectarse en la placa radiográfica dando relieve a los cambios secundarios del complejo primario que es patognomónico del tipo infantil de la tuberculosis.

Fué Osler quien afirmara en un plano de

justificadas motivaciones, que la sombra del hilio y su interpretación roentgenográfica, requería muchas y repetidas confirmaciones de la sala de autopsia. Hay que confesar que ningún otro campo dentro de las investigaciones radiológicas, fué tan propicio a las fantásticas incursiones de principiantes y veteranos, como el de las sombras de la región hiliar.

Si a las sombras hiliares, adicionamos la de las sombras neumónicas y post neumónicas; la de los engrosamientos interlobares; la de las bronconeumonias y broncosinusitis, comprenderemos las confusiones lamentables a que puede prestarse el diagnóstico de la tuberculosis en el niño, y la urgente necesidad de formular conceptos claros y definidos.

Vamos a ocuparnos exclusivamente de la sombra hiliar y su interpretación en el diagnóstico de la tuberculosis infantil, durante la fase que llamó Marfan, de iniciación escolar, o sea de los seis a los doce años. A partir de esta edad, la resistencia adquirida o la enfermedad evolucionando en un terreno humoral ya sensibilizado, modifican profundamente las alteraciones pulmonares y por consiguiente los signos radiológicos.

Si la sombra del hilio considerada como normal es la imagen proyectada por los tejidos vasculares, bronquiales y conectivos; y anormal, cuando además de los tejidos antes mencionados proyecta la imagen de los infartos ganglionares, no debería en realidad dar margen a tantas y tan lamentables confusiones. Pero si recordamos que la coqueluche, la infección sarampionosa y las infecciones de los senos pa-

* Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, celebrada en Yauco el 7 de julio de 1940.

ranasales, pueden aumentar y aumentan la silueta de la sombra, y que según Gold-berg⁽²⁾ comprobado por nosotros en centenares de radioscopías, la forma hilar cambia con las fases de la respiración y aún con el ciclo cardíaco, comprenderemos cuan fácilmente puede encubrirse el pecado de la ignorancia con un diagnóstico irrelevante.

En el 1921, ya Pierson⁽³⁾ había afirmado "que reconociendo que no existía el llamado pulmón normal, lo correcto era determinar francamente cual debía ser la extensión de estas anomalías antes de ser consideradas como patológicas. En el 1922, la Asociación Nacional de Tuberculosis⁽⁴⁾ seleccionó un comité integrado por tres clínicos eminentes: Austrian, Landis y Blackfar, y tres radiólogos famosos: Dunham, Pancoast y Baltjer, para que conjuntamente coordinasen los hallazgos clínicos y roentgenológicos del tórax normal del niño desde los seis a los doce años.

En Mayo 6 de 1922, la sección de radiología de este comité⁽⁵⁾ reunida en el Instituto Henry Phipps de Philadelphia, rindió un informe contentivo de sus conclusiones, y al revisar la sombra del hilio dijo lo siguiente: "El conglomerado de sombras denominada comunmente sombra del hilio, cuando se encuentra completamente dentro de la zona interna del área pulmonar, puede descartarse o ser considerada como normal, exceptuando cuando está formada por una masa sólida, de sombra homogénea, dando evidencia indubitable de que representa una tumoración o una pleuresía mediastínica." En la revisión de los nódulos calcificados se expresó en los siguientes términos: "Nódulos calcificados en la base del pulmón (root) sin evidencia de enfermedad pulmonar, carecen de significación, exceptuándose cuando aparecen como una posible evidencia de alguna inflamación ya curada, posible, pero no ne-

cesariamente tuberculosa."

Inferir que toda densidad anormal en el hilio debe interpretarse como motivada por reacción de origen tuberculoso, sería tan peligroso como sostener que fueran de idéntico origen todos los infartos ganglionares que apareciesen en la región submaxilar o cervical. Pero urge, que acuciados por la certidumbre de que en el tipo pueril de la tuberculosis, la evidencia indubitable de la fase bipolar de la prima infección rara vez puede establecerse en la placa radiográfica, y que una preponderancia de esa evidencia ha de verificarse en esa región, no ignoremos los signos que caracterizan la verdadera tuberculosis gangliopulmonar.

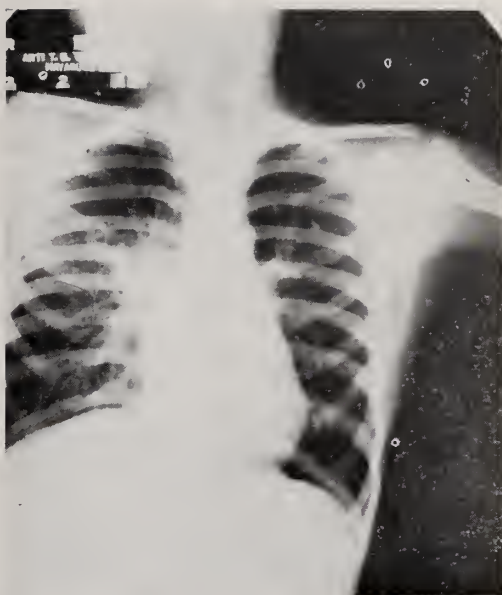
En Julio del pasado año, Rodríguez Pastor⁽⁶⁾ abogó de una manera franca y decidida por "la necesidad de establecer alguna pauta para la interpretación de la sombra hilar en el niño." En su trabajo el distinguido fisiólogo puertorriqueño presentó como manifestaciones patológicas de este conglomerado de sombras, los infartos glandulares, las calcificaciones hiliares y las infiltraciones exudativas del parénquima cercanos al hilio.

Enfocando el problema con idénticas inquietudes, queremos sugerir que sean abandonados en la interpretación radiográfica, los términos tuberculosis de los ganglios paratraqueales, adenitis traqueobronquial, infiltración tuberculosa, etc., etc. y que la tuberculosis del hilio sea llamada uniformemente tuberculosis gangliopulmonar, para expresar de ese modo, las reacciones broncopulmonares mediastínicas producidas por el bacilo de Koch.

Reyes, Félix M.⁽⁷⁾ hablando sobre la naturaleza del foco primario pulmonar, define sus características regresivas y progresivas, y establece que cuando el complejo primario es de carácter progresivo, se extiende en tres formas: por continuidad, por



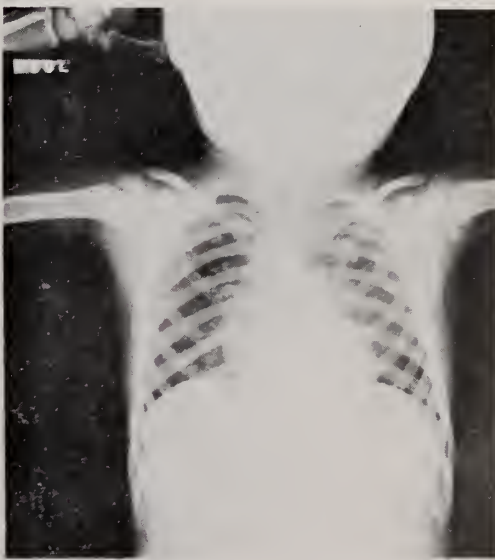
F.C.P. En el hemitorax derecho sombra hiliar que se extiende hacia la zona media torácica. Pérdida del surco intrapolar. Hemitórax izquierdo prácticamente libre.
DIAGNOSTICO: Tuberculosis ganglio pulmonar.



W.V.V. Infarto de los ganglios del hilio derecho. Sombra triangular en forma de cuña que se extiende hasta la zona media. (Triángulo de Sluka).
DIAGNOSTICO: Tuberculosis ganglionar.



R.P.M. Ambos hilos demuestran infarto ganglionar con proyección de la sombra hiliar en la zona media torácica.
DIAGNOSTICO: Tuberculosis ganglio pulmonar.



L.D.B. En el hemitórax izquierdo entre el vértice y primer interespacio ganglio calcificado. Infarto ganglionar del hilio izquierdo sin evidencia de calcificación fase bipolar.
DIAGNOSTICO: Tuberculosis ganglio pulmonar.

irrupción de un foco caseoso dentro de un bronquio o por irrupción de material caseoso en un vaso sanguíneo.

Rabin,⁽⁸⁾ del Mt. Sinai Hospital, afirmando que en muchas ocasiones la tuberculosis del adulto es el resultado de una lesión metastásica producida por la extensión hemotógica de un foco latente ganglionar, trae nuevamente a la discusión el viejo tópico de las infecciones endógenas y exógenas bajo el liderato de Opie⁽⁹⁾ pero sobre todo hace re altar la importancia de los ganglios que sin haber sufrido degeneraciones cretáceas, en la prolongación indefinida de un estado fibroso o caseoso, crean y mantienen un peligro constante, sin síntomas definidos que lo demuestran. El mismo autor, en el trabajo antes mencionado afirma, que los nódulos linfáticos normales no tienen visualización radiográfica, y que cuando aparecen recrecidos por regla general deben ser considerados de naturaleza tuberculosa.

Holtz⁽¹⁰⁾ opina que el foco primario cura en la mayoría de los casos dejando como rastro un tubérculo de Ghon,⁽¹¹⁾ pero que también puede desaparecer sin dejar rastro alguno, y quedar solamente la tuberculosis de los ganglios bronquiales. Allen⁽¹²⁾ analizando el status actual del tipo infantil de la tuberculosis y describiendo "los únicos signos roentgenianos confiables", señala el "ensanchamiento mediastinal producido por nódulos linfáticos recrecidos." Meyer,⁽¹³⁾ mi ilustre maestro, en su libro "Roentgen Pathology of Thoracic Lesions" en desacuerdo con las autoridades citadas, advierte que en ausencia del foco primario del parénquima y de los nódulos fibrocalcificados del hilio, una interpretación puramente roentgeniana de tuberculosis ganglionar no está justificada. Goldberg, citado ya con anterioridad, opina que ningún tipo de sombra puede afirmarse como definitivamente patognomónica de tuberculosis

ganglionar.

Dellerm, Duhem, y Chaperon, mencionados por Cottenot,⁽¹⁴⁾ en la obra de Sargent, y Bann mencionado por Goldberg, describen un síndrome radiológico que no hemos podido comprobar, o sea la desaparición de la claridad intervaseolocardiaca, en la confirmación de las lesiones gangliopulmonares. Posiblemente la imposibilidad de haber apreciado esa zona de claridad en las placas negativas nos haya conducido a ignorar su desaparición en las placas positivas.

Rodríguez Pastor, en su trabajo ya anteriormente mencionado propone que el término sospechoso en la interpretación de la tuberculosis gangliopulmonar debe limitarse a los infartos glandulares masivos del hilio y a las infiltraciones exudativas que parten del hilio. Expone también en el mismo trabajo, que "en ningún caso debe hacerse un diagnóstico de tuberculosis en un niño sin la evidencia de una reacción positiva a la prueba de la tuberculina."

Potter,⁽¹⁵⁾ mencionado por Rodríguez Pastor, sostiene que la fibrosis de los ganglios broncopulmonares, cuando es reemplazado por degeneración cretácea, es un accidente común pero no esencial, y por lo tanto dichas calcificaciones no son específicas de tuberculosis. También la sección roentgenológica del comité del Instituto Phipps, proclamó en el 1921, que los nódulos calcificados eran hallazgos comunes en los pulmones normales. Estas afirmaciones no rechazan ni pueden rechazar, que en los hilios tuberculosos, con infartos ganglionares típicos, las degeneraciones cretáceas no proclamen con su apariencia, uno de los episodios de la lucha que allí se está verificando.

Aunque somos fervorosos creyentes de la coordinación de la patología clínica y de la patología roentgeniana, no podemos sustraernos a la implícita devoción que mante-

nemos inalterable hacia una interpretación pura de los hallazgos radiográficos. Por lo tanto sugerimos que toda sombra hiliar que se proyecte, sin obliteración de la depresión característica entre sus polos, y que se limite a la zona torácica interna, debe considerarse como negativa. El resultado de la cutirreacción no debe alterar el diagnóstico. Cuando por el contrario el hilio presenta una apariencia de sombras densas y homogéneas y se eliminan las posibilidades de una adenitis post infecciosa, la placa debe considerarse como sospechosa de tuberculosis ganglionar. Si la cutirreacción es positiva y se verifica una historia de contacto incontrovertible, la placa debe interpretarse como positiva. Debe recordarse que la ausencia de síntomas clínicos en esta etapa de la infección, no debe prejuzgar la interpretación roentgeniana.

Cuando la sombra hiliar se extiende fuera de la zona interna torácica y queda pro-

yectada en la zona torácica media, con obliteración del surco intrapolar, y eliminadas las posibilidades de carie vertebral, tumor mediastínico y enfermedad cardiovascular, la placa radiográfica debe interpretarse como tuberculosis gangliopulmonar. La coexistencia de nódulos calcificados en el hilio o de infiltración en el cercano parénquima, servirán para afianzar el diagnóstico. En algunas ocasiones, conjuntamente con el infarto ganglionar aparece una zona de infiltración exudativa, que partiendo del hilio se adentra en el parénquima pulmonar en forma de cuña. Esta sombra que llama Hotz, triángulo de Sluka, es evidencia corroborativa de la naturaleza tuberculosa de la infección, y como muy bien dicen Pratt y Bushnell,⁽¹⁶⁾ "nunca se encuentra en los dos primeros años de la vida, hecho corroborativo de su asociación con las reacciones inflamatorias de la tuberculosis secundaria."

BIBLIOGRAFIA

- 1 *Kuss, G.* Del'heridite parasitaire de la Tuberculose Humaine—Paris 1898.
- 2 *Goldberg, B.* Roentgenologic Aspects of Childhood Tuberculosis. Vol. XXVI—No. 3-397-407—1930.
- 3 *Pierson, John W.* Diagnosis of Pulmonary Condition in Children. Am. J. Roentgenology Sept. 1921.
- 4 X Ray And Clinical findings in the Normal Chest, National Tuberculosis Association. Medical Research. Am. J. Roentgenology.
- 5 May 6, 1922. Report of the X Ray Division of the Committee on Medical Research of the National Tuberculosis Association. Am. Journal of Roentgenology. May, 1922.
- 6 *Rodríguez Pastor J.* La sombra hiliar en el Niño. Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico. Julio, 1939.
- 7 *Reyes, F. M.* Sobre la lesión primaria de la tuberculosis, Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico. Febrero, 1940.
- 8 *Rabin B. C.* Radiology of Chest (Diagnostic Roentgenology, Ross Golden) Thomas Nelson & Son, 1936.
- 9 *Opie E. L.* The focal pulmonary tuberculosis of the children and adults. Journal of Experimental Medicine. June, 1917.
- 10 *Hotz A.* Tuberculosis de los ganglios bronquiales con y sin infiltración y sus desenlaces. Schinz, Baensch, Friedl, Roentgen. Diagnos-

- tic—Tomo II, 1933.
- 11 *Gohn, A.* Primary Lung Focus of Tuberculosis in Children. Translated by King and Published by Paul B. Hoeber, 1916.
 - 12 *Allen K. D.* Present Status of Roentgen Interpretation of Pulmonary Tuberculosis in Children. *Norwestern Medicine* 34:238-245 July, 1935.
 - 13 *Meyer W. H.* Clinical Roentgen Pathology of Thoracic Lesions, Lea & Febiger, 1932.
 - 14 *Rattenot Pablo.* Tratado de Patología Médica y Terapéutica Aplicada. Publicada bajo la dirección de E. Sergent—Radiología, Tomo XXXII.
 - 15 *Potter.* Citado por Rodríguez Pastor.
 - 16 *Pratt J. H.* and *Bushell G. E.*, Physical diagnosis of diseases of the chest. Saunders W. B. 1925. 233-234.

Tuberculosis is a disease of long duration and may have many phases. It may be acute, but is more often chronic with periods of quiescence followed by exacerbations and so continue for many years. Patients discharged from the sanatorium should be considered as having completed only the

first phase of treatment. Henry D. Chadwick, M. D. and Helen Evarts, Amer. Rev. of Tuber., March, 1940.

Poor health cuts into profits as much as anything else, and the employer should watch for the first symptoms of disease among his workers. Crusader, May, 1940.

VITAL CAPACITY STUDIES IN PUERTO RICO

MIGUEL F. GODREAU, M. D., M. Sc. (Med.) D. N. B.*

Fajardo, P. R.

PART I.

STUDY OF NORMAL VITAL CAPACITY STANDARDS

The main object of this investigative work, is to establish the normal variations of lung capacity in Puerto Rico, based on the examination of one thousand carefully selected cases. Two very important questions are here attempted to be answered: (a) the best choice of standards¹ for predicting the normal capacity of a given individual in Puerto Rico; (b) the influence of our race² in presently established normal lung capacity standards.

In the selection of "normals", factors which are known to influence vital lung capacity were considered as: sex, age, weight, height, surface area, chest circumference, sitting height, previous occupation, race, state of health, and past history of certain diseases. Of particular importance in the last two groups of variables stand history of pleurisy, asthma, pulmonary tuberculosis, acute respiratory infections, hyperthyroidism, hernia, spinal curvature, atrophy of muscles of the spine or thorax, developmental defect of bony thorax, unrecognized or manifested pulmonary and cardiac diseases, chronic wasting diseases.

METHODS

Vital capacity was measured by means of a Sanborn water spirometer. A minimum of 3 trials was required before recording the maximum reading. Repetition of the test at a later date was necessary to ob-

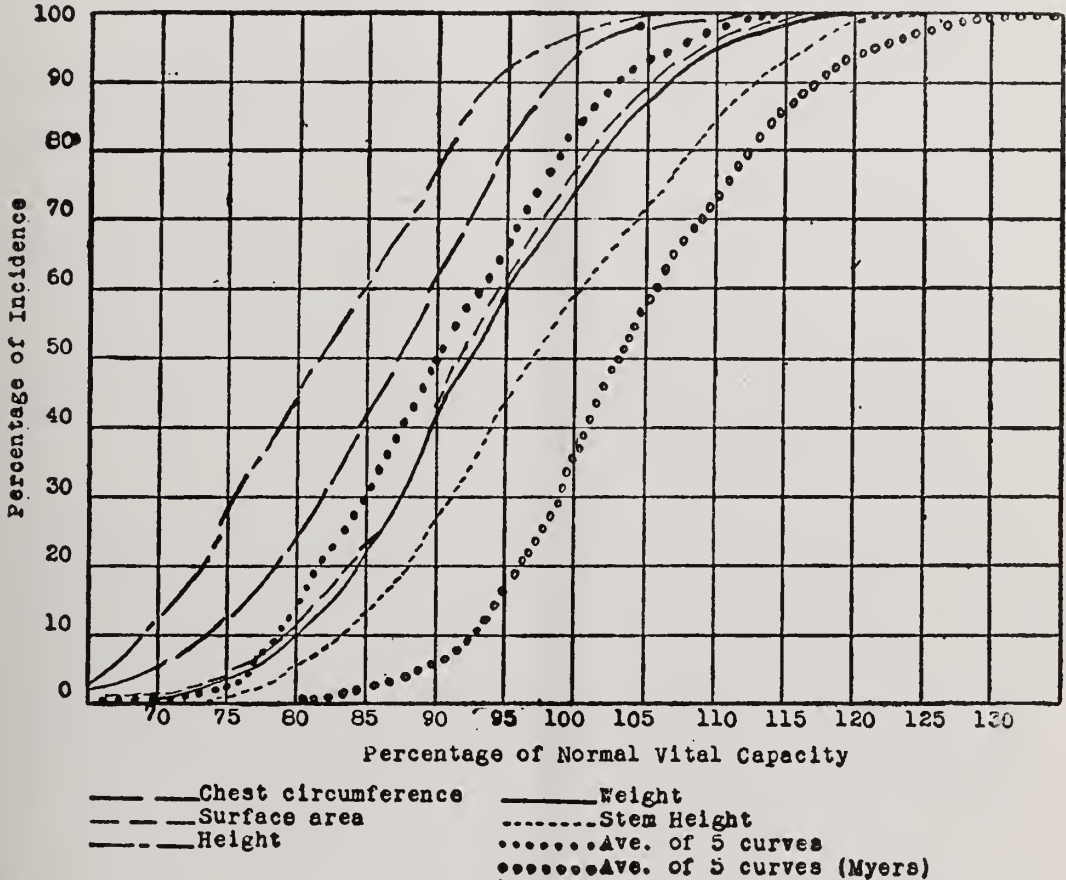
tain the highest accuracy in a certain number of cases which gave abnormally low readings without apparent cause, or which could not be able to understand readily the workings of the machine. Measurements were taken with the males stripped, and with females having the least possible clothes on. Chest circumference was measured with the tape horizontal, at the nipple line in the male and at the level of the xyphoid process in the female, both taken during quiet respiration. Sitting height was measured according to Dreyer's method with the patient sitting on a table, the sacrum held firmly against a rule on the wall and the knees drawn up. A careful history giving special importance to past respiratory and cardiac diseases, and physical examination including X-Ray of chest, was done in all cases.

Vital capacity was computed in percentage of normal using Myers' tables³ based on Dreyer's and West's formulas, according to the individual weight, height, chest circumference, sitting height, and surface area. Finally, the average of these five determinations was noted. The clerical error in the method employed was 1.6 per cent. The proportion of men to women in the entire group was 4 to 6 respectively. Excluded as abnormal were those cases 10 per cent or more over or underweight according to Life Insurance standards based on height and age. The ages varied from 15 to 35 years, with a general average of 24.3 years. It has been well established by va-

* From the Fajardo District Hospital, Insular Department of Health.

CHART I

VITAL CAPACITY READINGS BY VARIOUS STANDARDS OF 1,000 NORMAL MEN AND WOMEN



rious investigators,⁴ that age does not lower vital capacity until from 30 to 35 years are reached.

RESULTS

The incidence distributions of vital capacity readings in the one thousand cases examined who were considered normal is shown in Table I, and illustrated by summation curves in Chart I. The following significant results, as compared with the findings of Myers and Shepard,⁵ were obtained: (a) A definite shift to the left, approximately 17 per cent average *lower* vital capacity readings, of all curves is present; (b) It will be seen in this figure that the

computations of vital capacity by means of surface area and weight almost coincide, comparable to Myers surface area and *height* curves — only weight substituting height in my findings; (c) The height curves occupies the extreme left position, lowest reading, and chest circumference second next — different from Myers relationship of chest circumference and height respectively; (d) Estimations according to stem height gave the highest readings, which is consistent with Myers; (e) The group as a whole showed *less* vital capacity above 100 per cent normal than below, —the reverse was true with Myers. In

Table I only nearly 16 per cent (Myers 70 per cent) of the total number are more than 100 per cent, or normal vital capacity according to the weight formula, and 1.2 per cent (Myers 35 per cent) are more than 110 per cent normal. Myers found only 3 per cent of cases below 90 per cent normal vital capacity, while my figures show 68 per cent in this same group; (f) It may be concluded that the vital capacity standards commonly in use, applied more satisfactorily in the Puerto Rican group than in the selected normal young male students of Myers; the latter results being slightly too high.⁶ Surface area, weight, and chest circumference standards most nearly coincide. The standing height standard is too

low and stem height standard too high compared to the others.

CONCLUSIONS

1—The best standard on which to estimate vital lung capacity in Puerto Rico is surface area, consistent with the findings of West.⁷

2—Dreyer's⁸ weight formula should receive second choice, for its results practically agree with the surface area standard.

3—In Puerto Rico there seems to be a definite race influence on presently vital capacity standards—my results show approximately 17 per cent *lower* average of five standards.

PART II

THE VITAL CAPACITY OF THE LUNGS IN CLINICAL PULMONARY TUBERCULOSIS

Extensive work has been done by many investigators⁹ beginning with Hutchinson in 1846 to the present time, on Vital Capacity in Tuberculosis. This study is based on the examination of three hundred cases of clinical tuberculosis grouped according to symptoms, physical signs, and X Ray findings, following Myers¹⁰ arrangement.

To obtain vital capacity percentages special tables³ were used prepared from Dreyer's¹¹ weight formulas and West's¹ surface area method. Practically all of the group were composed of persons with ages ranging from 18 to 40 years so as to obviate particularly the depressing influence of advanced age on vital capacity.¹²

TABLE I

THREE HUNDRED CASES GROUPED ACCORDING TO SYMPTOMS AND PHYSICAL SIGNS

Pulmonary Tuberculosis:		No. of Cases	Ave. Vital Capacity
Minimal			
	A :	40	: 84.3
	B :	26	: 73.6
	C :	18	: 63.1
Moderately Advanced			
	A :	50	: 69.3
	B :	61	: 60.
	C :	44	: 51.5
Far advanced			
	A :	12	: 51.7
	B :	25	: 46.1
	C :	24	: 35.3
Total		300	

TABLE II
THREE HUNDRED CASES GROUPED ACCORDING TO ROENTGEN-RAY FINDINGS

Pulmonary Tuberculosis			
Unilateral	No. of Cases		Ave. Vital Capacity
Above the first rib — — — 1	44		78.6
Not more than one lobe — — 2	70		68.3
More than one lobe — — — 3	58		57.5
Bilateral			
Above the first rib — — — 1	10		71.5
Not more than two lobes — 2	91		60.
More than two lobes — — — 4	27		46.2
Total	300		

RESULTS

Table I shows the group studied classified, (a) according to physical signs into minimal, moderately, advanced, and far advanced; and (b) according to symptoms into sub groups A, B, and C.

Cases classified from physical signs minimal tuberculosis, forty with symptoms A presented and average vital capacity of 84.3; twenty six cases with symptoms B presented an average of 73.6 per cent; while eighteen cases with symptoms C presented an average vital capacity of 63.1 per cent, of the theoretical normal.

It may be concluded from the data shown in Table I that in moderately advanced and far advanced cases, the vital capacity is very materially decreased, but in all three mayor groups, the decrease becomes more marked with increase in symptoms—results essentially consistent with the findings of Myer's.¹⁰

In Table II cases were grouped by roent-

gen ray examination according to an estimated volume of lung involvement. Of the entire group of 172 unilateral cases, 44 fell into the "above the first rib" group, with an average vital capacity of 78.6 per cent; seventy cases had 68.3 per cent and 58 cases had 57.5 per cent of the theoretical normal. The remainder of Table II is self explanatory. Results obtained according to the roentgen findings alone differ somewhat from those obtained by physical signs and symptoms.

It may be concluded therefore that for the proper study and classification of a patient with tuberculous disease of the lungs, the vital capacity test must be based on clinical and radiographic findings. The proportionately lower figures obtained in this study as compared under the same conditions with those of Myers¹⁰ may be explained by the relatively lower vital lung capacity standard in Puerto Rico as compared with that of the United States.

REFERENCES

1. (a) *Hutchinson, J.*, On the Capacity of the Lungs and on the Respiratory Functions with a view to Establishing a Precise and Easy Method of Detecting Disease by the Spirometer, *Tr. Med. Chir.* 29: 137, 1846.
- (b) *Peabody, F. W., and Wentworth, J. A.*, Clinical Studies on Respiration, IV, The Vital Capacity of the Lungs and Its Relation to Dyspnea, *Arch. Int. Med.* 20: 443 (Sept.) 1917.
- (c) *Lundsgard, C., and Van Slyke, D. D.*, Studies of Lung Volume, I, Relation Between Thorax Size and Lung Volume in

- Normal Adults, *J. Exper. Med.* 27:65 (Jan.) 1918.
- (d) *West, H. F.*, Clinical Studies on Respiration, VI, A Comparison of the Various Standards for the Normal Capacity of the Lungs, *Arch. Int. Med.* 25:306 (March) 1920.
- (e) *Dreyer, G.*, and *Hanson, G. F.*, The Assessment of Physical Fitness, New York, Paul B. Hoeber, 1921.
- (f) *Dublin, L. I.*, The Work of Dreyer in Relation to Life Insurance Examinations, *Proc. A. Life Insurance Medical Directors*, 1922, p. 202.
2. *Foster, J. H.* and *Hsieh, P. L.*, The Vital Capacity of the Chinese; an occupational Study, *Arch. Int. Med.* 32:335 (Sept.) 1923.
3. *Myers J. A.*, Vital Cap. of the Lungs — A handbook for clinicians and others interested in the examinations of the heart and lungs both in health and disease. pp. 99-119 (July) 1925.
4. (a) See 1. (a).
- (b) *Wintrich, M. A.*, Einleitung zur Darstellung der Krankheiten der Respirationsorgane, *Handb. d. spec. u. Therap. Virchow*, 1854.
- (c) *Cornet, J.*, Einige spirometrische Beobachtungen nebst einem Rückblick auf die bis jetzt aufgestellten methoden zur Bestimmung der physikalischen Vitalcapacitat, Inaugural Dissertation, München, 1884.
- (d) *Pratt, J. H.*, Long Continued Observations on the Vital Capacity in Health and Heart Disease, *Am. J. M. Sc.* 164: 819 (Dec.) 1922.
5. *Shepard, W. P.* and *Myers, J. A.*, The Respiratory Organs in Health and in Disease XVI. A Comparison of vital capacity standards in three thousand five hundred and thirty four male university students. *Arch. Int. Med.* 35:337-342.
6. *Hewlett, A. W.*, and *Jackson, N. R.*: The Vital Capacity in a Group of College Students, *Arch. Int. Med.* 29:515 (April) 1922.
7. See 1. (d)
8. See 1. (e)
9. (a) *Garvin, A. Lundsgard, C.*, and *Van Slyke, D.*: Studies of lung volume. II. Tuberculous Men. *Jour. Exper. Med.*, 27:87. 1918. Studies on lung volume. III. Tuberculous Women. *Jour. Exper. Med.*, 27:129. 1918.
- (b) *Dreyer, G.*, and *Burrell, L. S. T.*: The vital capacity constants applied to the study of pulmonary tuberculosis. *Lancet*, 2:374-376, 1922.
- (c) *Myers, J. A.*: Studies on the Respiration Organs in Health and Disease, VII, A Correlation of Symptoms, Vital Capacity Readings and Physical and X-Ray Findings in 619 Cases Examined for Pulmonary Tuberculosis, *Am. Rev. Tuberc.* 6:702 (Oct.) 1922.
10. *Myers, J. A.* and *Rice, C. H.*: The Respiratory Organs in Health and Disease XVIII. The Vital Capacity of the Lungs in Chronic Fibrous Pleurisy, Healed Empyema and Pulmonary Tuberculosis both Clinical and Nonclinical. *Arch. Int. Med.* May, 1925, 35:557-560.
11. *Dreyer, Georges*: Investigations on the Normal Vital Capacity in Man and Its Relation to the Size of the Body, *Lancet* 2:227. Aug. 1919. *Dreyer, Georges*; and *Hanson, G. F.*: The Assessment of Physical Fitness, New York, Paul B. Hoeber, 1921.
12. (a) *Myers, J. A.* and *Cady, L. H.*: Studies on the respiratory organs in health and disease. XIII. The effects of senility on the vital capacity of the lungs. *Amer. Rev. Tuberculosis*, 9:57. 1924.
- (b) *Bowen, B. D.*, and *Platt, Dorothy L.*: The relation of age and obesity to vital capacity. *Arch. Int. Med.*, 31: 579. 1923.

SODOKU: ITS PRESENT STATUS

REPORT OF A CASE; SUGGESTED ORAL TREATMENT IN INFANTS AND YOUNG CHILDREN*

ALBERTO DIAZ ATILES, M. D.**

San Juan, P. R.

INTRODUCTION

Until recently there have been included under the term "Rat-Bite Fever", a group of related acute febrile conditions, due, firstly, to the striking similarity in behaviour and secondly, to the fact that, more often than not, the case history made reference to the bite of a rodent.

Today, in the light of more careful observation and improved laboratory technique, we have learned that at least two different clinical entities, besides coccal and bacillary infections, were being included under one diagnosis. We have also learned that either one of these two diseases can be, and has been contracted from sources other than the bite of a rodent. Therefore, the term Rat-Bite Fever is inaccurate and misleading, and having outlived its usefulness should be abandoned.

Tonight we are concerned with one of the two clinical entities mentioned above, Sodoku. We shall present a very brief resume of the present status of the disease, and report a case studied recently, where oral treatment alone was given.

HISTORIC AND GENERAL CONSIDERATIONS

Sodoku, (from "so", rat, and "doku", poison) is a specific acute infectious disease caused by a spirillum and contracted usually from the bite of a rat, hence its more

common name, "Rat-Bite Fever". However, the disease may result from the bite of cats, ferrets, weasels and squirrels, or from contamination of open wounds with the conjunctival nasopharyngeal or gingival secretions of infected animals. In fact, such is the mechanism of infection at the time of the bite, in as much as the saliva of infected animals has been proven to be free of spirilla.

Early in the nineteenth century, observations began to appear in the literature calling attention to the occurrence of acute febrile episodes, and sometimes, a "dermatitis", in individuals who had suffered the bite of a rat. By 1842, Wilcox and Watson had practically established the malady as a definite clinical entity. Nevertheless, it was not until the beginning of the twentieth century, when Miyake published his monograph on "Rattenbisskrankheit", that systematic investigation was directed toward the demonstration of a definite cause-effect relationship between the already known *Spirillum minus*, isolated by Carter from the blood of rats some twenty years earlier, and the peculiar febrile disease resulting from the bite of a rat. In the years that followed, progress was rapid, and in less than two decades invaluable contributions had been made to the literature, chiefly by Japanese investigators, which finally established rat-bite fever as a specific infectious disease, and better still, easily controlled by specific therapy.

Although the infecting organism had been isolated, accurately described, and

* Paper read before the San Juan District Medical Association, July 30, 1940.

** From the Department of Pediatrics, School of Tropical Medicine and University Hospital.

correctly named by Carter in 1887, the discovery of its etiologic role in humans was not made until 1915-16 by Futaki, Takaki, Taniguchi and Osumi. The specificity of the arsenicals in the treatment of the illness had already been voiced by Hata in 1912.

ETIOLOGY

Any disease resulting from the bite of an animal is primarily a wound infection. It is, therefore, logical to assume that several forms of rat-bite fever may occur; and such is the case. A variety of organisms have been found in these conditions, e. g., spirilla, cocci, bacilli and streptothrices. Until recently, rat-bite fever resulting from infection with the streptothrix was considered a variation of Sodoku and was known as the "fungus type". This state of affairs has now been clarified, the "fungus type" finally accepted to be a definite clinical entity, Haverhill Fever, (Erythema Arthriticum Epidemicum) caused by a specific organism, *Haverhillia multiformis*.

By the same token, Sodoku is a separate disease, caused by another specific organism, the *Spirillum minus*. The organism appears in the literature under a variety of names, e. g., "*Spirillum minor*, *Spirochaeta laverani*, *Spirochaeta muris*, *Spirillum muris*, *Spirochaeta morsus muris*, *Spirochaeta muris* var. *virginiana*, *Spirochaeta petit*, *Borrelia muris*, etc. The cause for this polynomial was chiefly the result of simultaneous observations by different investigators. *Spirillum minus* is the correct term and by priority, the one generally accepted.

Other forms of severe and even fatal rat-bite disease are usually pyogenic in nature and the result of coccal or bacillary infection.

There is no data to suggest that Sodoku may be transmitted by insect vectors or

fomites, and no instance reported where the disease was transmitted from man to man.

THE DISEASE IN ANIMALS

Rats, mice, guinea-pigs, rabbits, cats, weasels, ferrets, and monkeys are known to be susceptible to infection with the *Spirillum minus*. White rats, mice and guinea-pigs are the most susceptible and hence the most satisfactory for laboratory work. White rats may harbor the organism without apparent symptomatology, a fact to be considered when these animals are used for diagnostic purposes.

In mice, the incubation period is from three to fifteen days, according to the virulence of the strain. After a strain has been established, the incubation period is shortened to eight or ten days, after which time, the organisms are found in the bloodstream in varying numbers, where they persist for weeks or months. Opinions vary widely as to the question of hereditary transmission of the disease.

In rats, the course of the disease has been likened to the course of syphilis in man. McDermott describes the following stages:

- (1) Incubation period — three to fifteen days.
- (2) Primary stage — the *Spirillum minus* is present only in the skin lesion and in the lymphatics.
- (3) Secondary stage — starts with the appearance of the organism in the bloodstream, which may take place in from four days to four weeks after inoculation, and lasts from one to four months. Ends with the disappearance of the organism from the blood-

stream.

- (4) Latent stage — asymptomatic stage; the peripheral blood is free of spirilla. Impossible to transmit the disease by inoculation of fresh hosts.
- (5) Tertiary stage — Starts in from three and one-half months to five months after inoculation. Conjunctivitis, keratitis, iritis, and edema of the eyelids, lips and nose develop. Gummatous lesions of the lymph glands, liver, and spleen may be found at autopsy.

Guinea-pigs and Rabbits develop symptoms very similar to those found in rats, but the disease runs generally a much shorter course, particularly in the rabbit where a complete paroxysmal cycle may take place in twenty-four hours.

In monkeys the disease follows a course very much like that in man, as found by Futaki and others.

SYMPTOMATOLOGY OF THE DISEASE IN MAN

Sodoku in man, develops as an acute, eruptive, relapsing-type fever with local and systemic manifestations. The incubation period may vary from five days to six weeks, but is ordinarily from twelve to fourteen days. Untreated cases presumably recover spontaneously in from four to six months, though cases have been reported to have had febrile episodes over a period of years.

Local:

In uncomplicated cases, the wound produced by the bite of a rat or other animal, heals promptly, usually by first intention.

After the incubation period and with the rise in temperature, the site of the wound becomes painful and exhibits the inflammatory changes. Subsequently there develops a local lymphangitis and regional adenitis; the glands become moderately enlarged, painful and tender to the touch. These remain firm but freely movable and show no tendency toward ulceration or supuration. As the fever declines the local changes abate, there remaining perhaps a slight tenderness at the site of the wound during afebrile periods. When the fever recurs, the local inflammatory changes as well as the lymphangitis and adenitis also reappear. Occasionally the healed wound may necrose and an indurated granulomatous ulcer then develops which may extend considerably unless adequate treatment is instituted. Local treatment or excision of the ulcer would only make matters worse.

Systemic:

Concomitant with the local manifestations the patient experiences a sensation of general malaise, headache, and a sudden rise in temperature (which may reach 103° - 104° F.) frequently accompanied by chills. In some cases there may be complaints of pain in the muscles and joints; in others, gastro-intestinal disturbances may be observed, e. g., nausea, vomiting and diarrhea. The febrile periods last usually from one to three days, the temperature then returning to normal or almost normal, with the same abruptness of onset. A period of apyrexia follows for the next three to ten days during which, local and systemic symptoms practically disappear. In untreated, uncomplicated cases this cycle of relapses and remissions continue for weeks or months, with the remissions lasting longer and longer, and the relapses diminishing in severity

and frequency until spontaneous recovery is attained. Secondary anemia and loss of weight are frequent in long continued cases as may be expected in any protracted fever.

Hemocytological studies are of secondary importance; mild to moderate leukocytosis (W.B.C. 10,000 - 15,000) with a preponderance of lymphocytes in the latter stages of the disease is the usual picture presented. Higher W. B. C. counts or a marked preponderance of neutrophils should make one suspect secondary infection.

Cutaneous Manifestations:

During the first four days after the onset of fever a generalized skin rash usually appears consisting of rather large maculo-papular rounded lesions of a peculiar purplish-red hue darker at the center and lighter at the periphery. The lesions are more numerous and better defined on the extremities and trunk. I know of no instance where the mucous membranes were involved. The skin at the site of the lesion becomes somewhat indurated and painful on pressure; there is no itching or tendency to exfoliation or ulceration.

When the fever abates, the skin lesions fade rapidly assuming a light grayish-brown color, and lose their papular characteristics; the induration and the pain on pressure also disappear. With the subsequent rise in temperature the lesions will again become distinct. Exceptionally, the skin rash will not appear until the second or third febrile period.

Pathology:

Little has been said about the pathology of Sodoku. The low mortality rate, the ef-

fective treatment in use even before the true nature of the disease was clearly understood, and the very few necropsies recorded are responsible for the meagre contributions in this respect.

Grossly, the local lesion presents a non-suppurating granuloma; microscopically, there is necrosis and dense round cell infiltration of the corium. No characteristic lesions are found in the internal organs. Parenchymatous degenerative changes in the liver, kidneys and myocardium, (Kaneke and Okuda) are chiefly those related to any long continued febrile illness.

In cases where ulcerative endocarditis and necrosis of the myocardium have been reported, (Blake, Tunnicliff and Mayer) only the *Streptothrix* (*Haverhillia* *Multi-formis*) was isolated, which in the light of our present knowledge, classifies them as cases of *Erythema Arthriticum Epidemicum*.

Bacteriology:

The *Spirillum minus* is a small rather broad organism with the body twisted so as to resemble a spiral. Some observers (Ruys and McDermott) have claimed that the undulations lie all in one plane, but this awaits confirmation. The body is rigid and varies considerably in length, with an average of 2 to 4 microns. Some organisms may attain as much as 9 or 10 microns in length. The width of the body lies between 0.1 to 0.2 micron, and the width of the spiral about 0.7 micron. The undulations or twists vary in number from one or two in the short forms, to nine or ten in the longer ones with an average of four to six turns. The *Spirillum* carries flagella at one or both ends, which differentiates it from the *Spirochaetes*. The fla-

gella vary from one to seven in number to each tuft. Locomotion results from propulsion and may take place in either direction along the long axis. Whether or not there is an accompanying rotatory motion, is still an open question. Multiplication takes place by simple longitudinal binary fission.

Cultivation of the *Spirillum minus* in vitro has never been accomplished. Joeke (1925) claimed to have succeeded in growing the organism on a medium composed of horse serum covered with Vervout's medium. Other investigators have been unable to duplicate the experiments.

Live organisms can be studied satisfactorily under dark-field illumination. Stained preparations usually fail to illustrate the flagella. Best preparations are obtained by the use of Tribondeau's modification of the Fontana's silver impregnation method.

Diagnosis:

The diagnosis of Sodoku offers no particular difficulties, especially where an accurate history is obtained. If no history of a rat-bite, (or of any other animal vector) is obtained, the character of the local lesion, the absence of trauma, the relapsing fever, the regional lymphangitis and lymphadenitis, and the rash, should strongly suggest the disease. If the patient is seen during an afebrile period when the signs and symptoms are not conspicuous, then one must resort to the laboratory. Dark-field preparations obtained from the local lesion or from serum extruded from the skin lesions may show the *Spirillum*. Blood preparations or smears are practically use-

less. Inoculations of white mice or guinea pigs with the patient's blood or gland exudate obtained by aspiration, and subsequent examination of the blood or peritoneal fluid of the animal is more practicable and by far more satisfactory. Care should be taken that these do not harbor the disease already.

The Wassermann reaction is doubtful or positive in about one third of all cases, and naturally, is of little diagnostic value unless one could exclude with certainty the existence of lues in a case exhibiting a positive reaction. In children exhibiting positive serology, the investigation should be completed by doing blood Kahn's on one or both parents, if possible.

The differential diagnosis, at the onset and especially in the absence of a clear history, includes practically all acute febrile illnesses where a physical examination would fail to show involvement of any one particular organ or system. After the third or fourth day the field can be limited to Undulant fever, Relapsing fever, Typhus, Malaria, Erysipelas, and Haverhill fever. It is with this last disease, that Sodoku is more apt to be confused, even when there is a clear history. The demonstration in the laboratory of the offending organism is the ultimate and only accurate means of differentiation.

The following table of the most frequent characteristics of each malady may help in establishing a clinical diagnosis where laboratory facilities are not available:

<i>Sodoku</i>	<i>Haverhill Fever</i>
1. Caused by <i>Spirillum minus</i>	1. Caused by <i>Haverhillia multi-formis</i> .
2. Incubation period about 2 weeks.	2. Incubation period about 2 weeks.
3. Sudden onset.	3. Sudden onset.
4. Relapsing type of fever.	4. Relapsing type of fever.
5. Pain and swelling of local lesion with tendency to ulceration.	5. Local manifestations slight or absent; ulceration rare.
6. Generalized pain in muscles, and occasionally in the joints; no swelling of the joints.	6. Severe pain in the joints, with moderate to marked swelling.
7. Generalized maculo-papular rash consisting of large, painful, indurated, purplish-red lesions.	7. Morbilliform rash; petechiae-studded areas, chiefly confined to the extremities, and, sometimes itchy and painful.
8. Disease occurs only sporadically.	8. Occurs sporadically and in epidemic form; organism is milk-borne.
9. Organism does not attack the internal organs.	9. May produce ulcerative endocarditis, and myocarditis.
10. Impossible to grow in any known medium.	10. Easily grown in blood agar or in beef heart infusion with dextrose and whole blood.
11. Responds readily to arsenicals.	11. More resistant to arsenicals.

Prognosis:

In spite of the fairly high morbidity, the prognosis in *Sodoku* is excellent; even in untreated cases, if uncomplicated, death is rare.

Epidemiology:

The disease is widely distributed through-

out the world; is endemic wherever rats exist and occurs only in sporadic form. Incidence is higher in those countries where living standards, eating and sleeping habits, sanitation, housing conditions, etc., are such as to permit a closer contact between rats and human beings. Climate and seasonal changes have little if any effect on the incidence. Chopra, Basu and Sen report a

considerable higher incidence of the disease in Calcutta during the hot season (May to September) but admit this may be explained on the basis of greater exposure to the bite of rats on the part of the city dwellers, many of whom sleep in the open during these months.

The disease is not transmissible from man to man and its epidemiologic import is mainly one of hygiene and sanitation, both individual and collective.

No accurate appraisal is available in reference to mortality rate, estimates varying considerable, but we can safely say that the mortality rate is indeed very low.

Treatment:

The importance of prophylaxis is obvious and needs no lengthy discussion. Good hygiene and sanitation directed toward the elimination of rodents in the home and its surroundings, if universally practised, would make of Sodoku one of the medical rarities. Fortunately, this is one of the few disease which can boast the luxury of specific treatment. Arsenicals, in general, are effective, the Spirillicidal action of the different preparations bearing the same ratio as found against the *Spirochaetes*. Bismuth and mercurials, however, are not as effective as in lues, and are rarely used.

In adults, one to four injections of neoarsphenamine of 0.10 to 0.60 gm. each, will usually bring about prompt recovery. Some cases, nevertheless, will require a series of eight or more injections. Local treatment of the wound with ordinary antiseptics has proven valueless; thorough cauterization with phenol would seem a more logical procedure, and if done early, may prove beneficial.

In children, proportionate doses of the arsenicals have been used with the same gratifying results. Gilkey and Dennie have

recently reported cases where the use of neoarsphenamine, neoarsphenamine and bismuth, and sodium cacodylate, proved successful. In our case, reported below, an infant 9 months old, we used acetarsone (stovarsol) in doses of 0.05 gm. twice daily for 7 days with very good results.

Case: A.E.B. a 9 months old light mulatto female baby was brought to the clinic on September 8, 1939. The following history was obtained from the mother: two months previously, the child had been bitten by a rat, while asleep, on the 4th finger of the right hand. There was slight bleeding and the wound was treated with tincture of iodine and healed well in a few days. Two weeks later there was redness and swelling of the finger accompanied by high fever. The swelling gradually spread to involve the entire arm, neck, face and trunk. Large red patches began to appear on the thighs, arms, chest and back. During the six weeks that followed the child was very ill with irregular fever, vomiting and restlessness. The skin lesions faded at times but never disappeared completely. The baby cried constantly as if in pain, especially when handled.

Examination revealed a fairly well developed but poorly nourished acutely ill baby. Temp. 103.6°F. The skin and mucous membranes were very dry denoting marked dehydration. Large, raised, rounded, purple areas about 2" in diameter were present on the thighs, lower abdomen and back. The 4th finger of the right hand was red, swollen and apparently very tender, but showed no signs of ulceration, or evidence of trauma. The right arm, the face and neck, and the right anterior aspect of the chest were moderately edematous. The axillary and inguinal lymph glands were palpable, but not particularly enlarged, and there were no signs of superficial lymphangitis. The head was normal in size and contour; the anterior fontanelle was very small and depressed; hair normal in amount and distribution; eyes, ears, nose and throat were essentially negative; teething had not started as yet. Lungs were

clear and the heart was normal. The spleen was easily palpable; the liver was normal in size. There was slight edema of the ankles, and all tendon reflexes were exaggerated.

Laboratory findings:

Blood count:	Diff.	
Hingb. 57% (8.5 Gm. Sahli)	polys	68%
R.B.C. 3470000	lymph.	30%
W.B.C. 8200	mon.	2%
Blood Kahn 4.4.4.	Urine: Albumin	
	4+; sugar, neg.	
	sediment: occasional hyaline casts; large amt. of amorphous phosphates.	

The *Spirillum minus* was discovered in stained smears of the patient's blood.

The organism was also recovered from the peritoneal fluid and from the blood stream of rats and guinea-pigs injected with the patient's blood (Fig. 1 and 2).

The blood Kahn of the patient's mother was 4. 4. 4.

Course and Treatment:

Acetarsona (Stovarsol) 0.05 Gm. twice

daily for three days was given and then continued for four more days in spite of the improvement already observed. After the third dose, the fever abated and the redness and swelling of the affected hand began to disappear. On the fourth day the temperature was normal and the edema was practically gone. Light brownish stains was all that was left of the cutaneous lesions. The acetarsona in the same dosage was continued for the rest of the week. Suitable formula and dietary regime as well as iron therapy were instituted. During the three weeks that followed, the patient was seen frequently and treated symptomatically for an upper respiratory infection and pyuria, but there was no fever and no signs of exacerbation of the local or cutaneous lesions. One month after admission to the clinic the hemoglobin had risen to 65% though the erythrocyte count had not altered appreciably. The urine still showed a 2 plus albumin but the sediment held no abnormal constituents. Inoculation of rats and guinea-pigs with the patient's blood at this time failed to reveal the presence of the *Spirillum minus*. The child continued to attend the clinic for about five

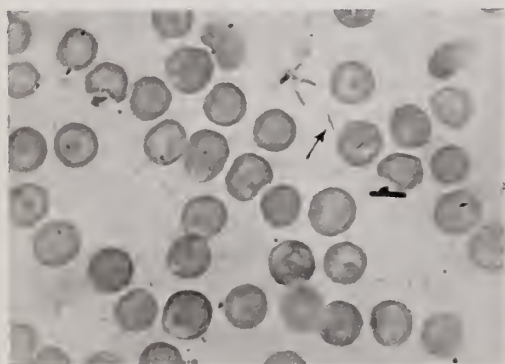


FIG. 1

Spirillum minus recovered from the blood of rats 10 days after injection with patient's blood.

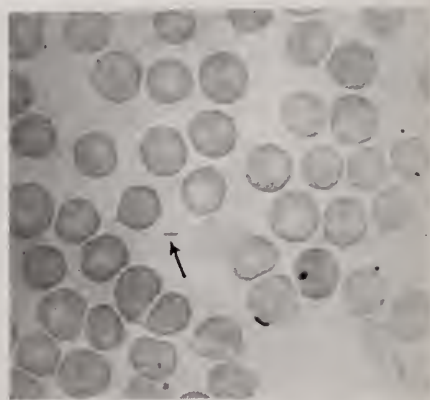


FIG. 2

Spirillum minus recovered from the blood of rats 14 days after injection with patient's blood.

months, receiving treatment for a mild enteritis, congenital lues and malnutrition. In spite of considerable catering to the mother, she lost interest, failed to keep appointments and we finally lost track of the case.

COMMENT

So far as we know, there are only two reports in our medical literature concerning the occurrence of Sodoku in Puerto Rico. Pons and Morales Otero reported in 1932, the case of an infant where the *Spirillum minus* was isolated from the bloodstream, and mentioned two other cases diagnosed clinically but without laboratory confirmation because of lack of facilities. In 1933 another case was reported by García Soltero, also based on clinical diagnosis alone for the same reasons.

With living standards such as they are in our crowded slums, and with the unsanitary housing conditions existing in some rural districts, it is only logical to suspect a higher incidence of the disease in the island than what medical reports in-

dicate. A more careful laboratory investigation of so-called "unexplained fevers" would undoubtedly clarify a considerable number of cases that would otherwise go undiagnosed, particularly so in infants and young children where an accurate history is usually lacking.

There is no doubt in our minds of the effectiveness of acetarsonic in the treatment of Sodoku in early life. Naturally, further observation and trial in a series of cases is necessary before definite conclusions are made. We had no guide in ascertaining optimum dosage other than our experience with the drug in treating congenital lues. The unquestionable advantage of oral treatment, the good results obtained, and the difficulties involved in collecting a large number of cases in a reasonable length of time, have made us feel justified in reporting this one case.

We are deeply grateful to Dr. Ramón Ruiz-Nazario, of the Department of Chemistry, and to Mr. Luis González, of the Department of Bacteriology, for their valuable cooperation in the laboratory work.

REFERENCES:

1. *Das Gupta, B. S.*: Experiments on the *Spirillum* of Rat-Bite Fever; *Indian Medical Gazette* 73:14 (Jan.) 1938.
2. *Shallard, B. T.*: Rat-Bite Fever; Case Report, 17:632 (Apr.) 1937.
3. *Robertson, A.*: Rat-Bite Fever or Sodoku; *A System of Bacteriology in Relation to Medicine*, 8:286. 1931.
4. *Cole, Arthur F.*: Rat-Bite Fever from a Kit-ten; *British Med. Jour.* 1:638 (March) 1936.
5. *Laverick, J. V.*: Rat-Bite Fever from a Cat; *British Med. Jour.* 1:639. (March) 1936.
6. *Derrick, E. H.* and *Brown, H. E.*: Rat-Bite Fever: Some Observations; *The Med. Jour. of Australia*, 2:553, 1936.
7. *Gilkey, H. M.*, and *Dennie, Ch. C.*: Rat-Bite Fever in Children; *Southern Med. Jour.*, 32: 1109. 1939.
8. *Haverhill Fever*; Editorial, *J.A.M.A.* 113:941 (Sept.) 1939.
9. *Tokote, E.*: Rat-Bite Fever in Children; *Acta Paedit. Jap.* 44:853 (June) 1938.
10. *Elliston, F., et al.*: Haverhill Fever: Report of a Case with Review of the Literature; *Arch. of Int. Med.* 64:1 (July) 1939.
11. *Ferrari, A.*: Sodoku ou Sodoku e As Spirochetoses; *Brasil-Medico* 20:531 (May) 1939.
12. *Iriarte, D. R.*: Primer Caso de Sodoku en Venezuela; *Revista de la Clínica Luis Razze-tti*, 3o. y 4o. Trimestre de 1939, p. 193.

13. *Velasco-Ruiz, D.*: Un Nuevo Caso de Sodoku; *Villaclara Medica*, 7:136. (Mayo y Junio) 1939.
14. *Berenguer, R. C.*: Observación Clínica de Sodoku; *Villaclara Médica*, 7:130. (Mayo y Junio) 1939.
15. *Chopra, R. N., et al*: Rat-Bite Fever in Calcutta; *Indian Med. Gazzette*, 74:449 (Aug.) 1939.
16. *Pons, J. A., y Morales Otero, P.*: Un Caso Clínico de Sodoku; *Bol. Asoc. Med. de P. R.*, Año 24, no. 202, p. 282, 1932.
17. *García Soltero, A.*: Fiebre por la Mordedura de la Rata; *Bol. Asoc. Med. de P. R.*, Año 25, no. 9, p. 557. 1933.
18. *Allbritten, F. F. et al*: Haverhillia Multiformis Septicemia: Its Etiologic and Clinical Relationship to Haverhill and Rat-Bite Fevers, *J.A.M.A.* 114:2360 (June) 1940.

The Eskimo population of the Western Canadian Arctic is showing a distinct and dangerous decline from tuberculosis and other diseases of the white man. The Rev. H. R. Rokeby-Thomas, an Anglican missionary who has spent five years in a parish on Victoria Island which extends up into the neighborhood of the North Pole, has under his care 750 Eskimo of whom 70 per cent are ill with tuberculosis in varying stages. "There is certainly a definite down-trend in population, in my parish at least", says

the missionary, "and that probably is true of other parts of the Western Arctic." He suggests that the provision of medical care and hospitals might go far towards solving the problem, but many obstacles would have to be faced and the cost would be heavy. Transportation would always be a problem but he is convinced that something should be done before Canada finds her Eskimo population shrunk to a pitiful remnant of its former thousands. Contact, Nov., 1939.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII AGOSTO, 1940. Número 8

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

NOTAS EDITORIALES

EJERCICIO ILEGAL DE LA PROFESION

Es con gran regocijo que nos hemos enterado de las gestiones que ha realizado nuestro estimado presidente, el Dr. Oscar Costa Mandry, cerca de las autoridades competentes, para tratar de resolver, de manera definitiva, el problema del *ejercicio ilegal de la medicina*, que durante mucho tiempo ha causado honda preocupación a la clase médica en general, y que año tras año ha ido cobrando mayor auge, debido a la pasividad con que fueron afrontados los primeros casos, no por falta de interés de los médicos encargados de evitarlo, sino más más bien por la poca o ninguna cooperación que recibieron de las autoridades encargadas de colaborar con ellos en la solución de los mismos.

Sabemos de casos, que después de una larga y penosa búsqueda de evidencia por parte de los miembros del Tribunal Examinador de Médicos y los ejecutivos de nuestra Asociación, y de haberse creado di-

chos galenos un sinnúmero de enemistades —porque siempre resulta que las personas que ejercen ilegalmente la medicina cuentan con sus padrinos entre personas de gran prestigio en la comunidad, quizás si por desconocer estos señores el grave daño que hacen a nuestro pueblo sus ahijados— que han sido resueltos por meros tecnicismos legales, que pudieron haberse obviado si hubiera habido un poco de más interés por parte de los señores encargados de acusarlos ante los tribunales de justicia. Debemos sin embargo, reconocer, que han habido varios casos de ejercicio ilegal de la medicina, que han sido resueltos satisfactoriamente, gracias al interés y a la habilidad de los oficiales jurídicos, pero éstos, desde luego, han sido muy raros, y su decisión no ha tenido la suficiente fuerza para infundir temor a otros transgresores de la ley que regula la práctica de la medicina en nuestra isla, y en lugar de reducir el número de éstos, el mismo ha ido aumentando de día en día.

Es pues, razonable, que amantes como somos de la ley y el orden en todos los aspectos de la vida, y enemigos acérrimos de que se engañe y explote a la humanidad doliente por personas sin escrúpulos, expresemos en esta columna editorial, nuestro regocijo por las gestiones realizadas por el presidente amigo, quien tras varias entrevistas con el Honorable Procurador General de Puerto Rico, durante las cuales le ha planteado ampliamente la seriedad del problema que nos ocupa, ha obtenido de éste la promesa de una amplia cooperación por parte de su departamento y el nombramiento de un Fiscal especial para llevar ante los tribunales todos los casos de ejercicio ilegal de la profesión.

Amplia evidencia en relación con uno de estos casos ha sido ya puesta en manos del fiscal; pruebas en relación con otros casos está siendo estudiada y acumulada. Sólo

falta pues, que todos nos aprestemos a colaborar con nuestro activo ejecutivo y no le dejemos solo en esta lucha; aportemos todos nuestro grano de arena, y pronto tendremos la honda satisfacción de librar a nuestro pueblo y a nuestra clase de estos pseudo-médicos que tanto daño nos ocasionan a todos.

ASAMBLEA ANUAL

Ha dado comienzo la organización de la próxima Asamblea Anual de nuestra Asociación, y nunca, en los muchos años que llevamos conectados, en una u otra forma, con la dirección de ésta, habíamos visto mayor entusiasmo en los encargados de la preparación de dicho acto, que en esta ocasión.

La repetición de los mismos actos, a que hemos venido acostumbrados año tras año; la monotonía en la lectura de trabajos científicos, y en la celebración de actos sociales; todo aquello que a fuerza de repeticiones hemos venido considerando imprescindible en nuestras convenciones anuales, habrá de desaparecer en esta oportunidad, y habremos de observar un acto completamente rejuvenecido. Todo, absolutamente todo, desde la tradicional "insignia" hasta el número de días que habrá de durar la asamblea, habrán de ser objeto de radicales, pero convenientes y acertadísimos cambios, con motivo de nuestra próxima Asamblea Anual.

Como ya es de conocimiento de nuestros amables lectores, uno de los cambios fundamentales en el programa de la Asamblea del 1940, es la división del programa científico en distintas secciones. Aún cuando varios de nuestros colegas creen que esta medida no es saludable, por no contar nuestra Asociación con un número de miembros tan crecido como algunas asociaciones del continente, es nuestro humilde criterio que

la división de la parte científica del programa en seis secciones distintas es una medida conveniente, y los compañeros que asistan a esta asamblea, sin duda alguna habrán de recibir mayor provecho desde el punto de vista científico que con el sistema hasta ahora observado, ya que cada uno tendrá oportunidad de oír aquellos trabajos en los cuales esté realmente interesado, y estando todos interesados en el tema bajo discusión, se evitarán las indeseables tertulias entre varios amigos durante la lectura de algún trabajo.

En números subsiguientes daremos a conocer más detalles sobre la próxima asamblea de nuestra Asociación; por ahora, deseamos solicitar de los amigos que tengan algún trabajo científico que interesen presentar en dicha oportunidad, que se sirvan comunicarlo a la mayor brevedad posible al Presidente del Comité Científico, Dr. Carlos E. Muñoz MacCormick, ya que otro de los cambios que habremos de presenciar este año, será la aparición del programa oficial en la primera quincena de noviembre, para que haya así suficiente tiempo para la divulgación del mismo por los países latino-americanos.

DEFENSA NACIONAL

Como informamos en otra sección de este mismo número de nuestra revista, en la reunión celebrada por la Directiva y el Consejo de la Asociación el día 10 del mes en curso, quedó constituido el Comité Médico Territorial encargado de la *Defensa Nacional*, integrado por los compañeros abajo nombrados, y el cual habrá de colaborar con el Comité de Preparación de la Asociación Médica Americana y las autoridades militares del país:

Dr. O. Costa Mandry
Dr. E. Garrido Morales
Dr. David E. García
Dr. M. de la Pila Iglesias
Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. César Domínguez
Dr. Manuel Astor
Dr. Néstor de Cardona
Dr. Luis B. de la Vega.

Desde que en la última reunión anual de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, dicho organismo recalco la necesidad de preparar a la clase médica para cualquier emergencia que pudiera presentarse dentro de las circunstancias actuales y nombró el Comité de Preparación Médica para la Defensa Nacional, nuestra Asociación ha venido también ocupándose de este asunto, y son ya varias las gestiones realizadas para conseguir que la clase médica puertorriqueña esté en condiciones de poder desempeñar un mejor papel en los servicios que se vería en la necesidad

de prestar si la prevaleciente situación mundial no tomara rumbos más pacíficos.

La respuesta de todos los compañeros a cuantas consultas les han sido formuladas en relación con la *defensa nacional*, no ha podido ser más halagadora para los encargados de estos asuntos en nuestra isla, y ha servido para reafirmar una vez más el alto espíritu de cooperación de que tanto individual como colectivamente está dotada la clase médica de nuestra isla. Aún aquellos compañeros que, por su edad, estarían exentos de tener que participar en cualquier movimiento de carácter militar, no han vacilado en responder que cooperarán gustosos cuando sus servicios sean requeridos.

No sabemos el giro que pueda tomar la emergente situación actual; pero cualquier que él sea, estamos seguros que hallará a todos los miembros de nuestra profesión en el sitio de vanguardia, que por su condición de líderes, les corresponde en todo movimiento de carácter cívico.

CUESTIONARIO DE LA A. M. A.

Se suplica a todos los compañeros devuelvan a la mayor brevedad posible el cuestionario que les fuera enviado por el Comité de Preparación Médica de la Asociación Médica Americana.

Aquellos compañeros que no hayan recibido dicho impreso o que lo hayan perdido, sírvanse informarlo así a esta presidencia, a fin de proporcionarles una copia del mismo tan pronto nos sean enviadas las que hemos pedido a la A. M. A.

Dr. O. Costa Mandry
Presidente.

RESOLUCIONES ADOPTADAS POR EL COMITE DE PREPARACION MEDICA PARA LA DEFENSA NACIONAL DE LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA

El Comité de Preparación Médica para la defensa nacional de la Asociación Médica Americana, en reunión celebrada en la ciudad de Chicago el 19 de julio ppdo., adoptó las siguientes resoluciones, que nos complacemos en reproducir, traducidas a español, para conocimiento general de nuestros compañeros:

I

POR CUANTO, el mantenimiento de la salud de los trabajadores en la industria es esencial para el programa de defensa del país; y

POR CUANTO, la prevención de enfermedades innecesarias de los trabajadores en la industria es necesaria para asegurar la continua producción de materiales esenciales; y

POR CUANTO, existe escasez en el número de médicos, químicos, ingenieros mecánicos y otros grupos de profesionales expertos en higiene industrial;

POR LO TANTO, RESUELVASE por el Comité de Preparación Médica de la Asociación Médica Americana, recomendar a la Comisión de Defensa Nacional, que se asignen los fondos necesarios al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para proveer el entrenamiento apropiado de médicos, químicos, ingenieros mecánicos y otro personal profesional a fin de afrontar el problema de higiene industrial en la presente emergencia nacional.

II

POR CUANTO, el mantenimiento de la salud de la nación es fundamental para su bienestar; y

POR CUANTO, la educación y entrena-

miento de personal médico requiere largos periodos de tiempo y selección especial de hombres y mujeres cualificados para realizar tales estudios; y

POR CUANTO, para tales fines es necesario mantener la constante educación de estudiantes de medicina;

POR TANTO, RESUELVASE por el Comité de Preparación Médica de la Asociación Médica Americana, solicitar de la Comisión de Defensa Nacional, de los servicios militares y navales, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y del Congreso, que al decretar la conscripción de personal, disponga la continuación de educación médica y la exención de la conscripción de todos los estudiantes de medicina e internos en instituciones acreditadas y debidamente reconocidas.

III

POR CUANTO, hay muchas organizaciones interesadas en los problemas de salud y en la preparación médica; y

POR CUANTO, estas organizaciones representan varios sectores interesados no sólo en la prevención sino en el tratamiento de las enfermedades; y

POR CUANTO, un gran número de recomendaciones y planes para preparación médica serán hechos por estos distintos grupos;

POR TANTO, RESUELVASE por el Comité de Preparación Médica de la Asociación Médica Americana, recomendar al Presidente de los Estados Unidos y a la Comisión de Defensa Nacional el nombramiento inmediato de un Coordinador Médico de las actividades de todo servicio médico relacionado con el programa de defensa nacional.

NOTICIAS MEDICO - SOCIALES

Reuniones del mes:

El sábado 10 del cursante mes celebró su reunión ordinaria mensual la Directiva y el Consejo de la Asociación, conjuntamente con miembros del Comité de Biblioteca y el Comité de Reglamento, habiendo concurrido los siguientes compañeros:

Dr. Oscar Costa Mandry
 Dr. David E. García
 Dr. R. Mejía Ruíz
 Dr. E. Martínez Rivera
 Dr. Mario C. Fernández
 Dr. Héctor E. Bladuell

Dr. David E. García (Por el distrito de San Juan)
 Dr. M. de la Pila Iglesias (Por Ponce)
 Dr. M. Guzmán Rodríguez (Por Mayagüez)
 Dr. Eduardo R. Pérez (Por Guayama)
 Dr. Manuel A. Astor (Por Arecibo)
 Dr. César Domínguez (Por Humacao)
 Dr. Néstor de Cardona (Por Aguadilla)

Miembro Ex-Oficio:

Dr. Luis B. de la Vega (Representante Médico en el Departamento de Reclutamiento de la Guardia Nacional de Puerto Rico)

Entre otros asuntos, se trató en esta reunión sobre la celebración de la próxima asamblea anual, habiéndose resuelto que la misma se celebre durante los días 12, 13, 14 y 15 de diciembre, debiendo empezar, por lo tanto, el jueves en lugar del viernes, para que de ese modo las reuniones de la Cámara puedan celebrarse durante el jueves y el viernes, y dejando así todo el día del sábado libre para la celebración de reuniones científicas.

En esta reunión se procedió también a constituir el Comité Territorial encargado de cooperar con la Asociación Médica Americana y con las autoridades militares de Puerto Rico en la defensa nacional, y del cual formarán parte los siguientes compañeros:

Presidente — Dr. O. Costa Mandry, representante por Puerto Rico en el Comité de Preparación Médica para la Defensa Nacional de la Asociación Médica Americana.

Miembros: Dr. Eduardo Garrido Morales

Se acordó además en esta reunión, la organización del “Comité Auxiliar de Damas”, para lo cual se citará oportunamente a una reunión a las esposas de distintos compañeros. Entre las obligaciones que tendrá este Comité estará la de organizar los distintos actos sociales que habrán de celebrarse durante el transcurso de la próxima Asamblea Anual.

Se acordó asimismo en esta reunión, el ordenar la preparación de los retratos de los ex presidentes que han servido desde el 1932 hasta el 1939, para ser colocados en el salón de actos junto a los de los demás ex presidentes.

En la noche del martes 13 del mes en curso celebróse la primera reunión del Co-

mité Médico Territorial para la defensa nacional a que hemos hecho mención anteriormente, con la asistencia de los siguientes miembros:

Dr. O. Costa Mandry
 Dr. David E. García
 Dr. Luis B. de la Vega
 Dr. M. de la Pila Iglesias
 Dr. César Domínguez
 Dr. Manuel Astor
 Dr. Eduardo R. Pérez
 Dr. Néstor de Cardona

En esta reunión el presidente del Comité, Dr. O. Costa Mandry, informó ampliamente sobre los motivos para el nombramiento de este Comité y sobre los deberes de cada uno de sus miembros.

Luego el Dr. de la Vega informó en detalle sobre la cooperación que las autoridades militares esperan recibir de todos los médicos del país tan pronto entren en vigor las leyes relacionadas con los servicios militares actualmente bajo consideración del Gobierno Americano, y esbozó brevemente los distintos servicios que podrán los médicos prestar en sus respectivas localidades tan pronto dé comienzo el reclutamiento.

Todos los miembros presentes ofrecieron su más decidida cooperación en todo asunto relacionado con la defensa nacional; expresando el Dr. de la Vega su satisfacción por el espíritu de cooperación en que había encontrado a todos los compañeros que había visitado en relación con las gestiones preliminares que se vienen realizando en conexión con este asunto.

ASOCIACIONES DE DISTRITO

San Juan:

La Asociación Médica del Distrito de

San Juan, que preside nuestro querido amigo el Dr. Luis M. Morales, ha continuado desarrollando, con gran éxito, el programa de conferencias que se trazara para el año en curso.

En la noche del 30 de julio ppdo., nos presentó al estimado colega, el Dr. Alberto Díaz Atilés, Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital de la Escuela de Medicina Tropical, y quien dió lectura a un magnífico trabajo titulado:

"Sodoku: Its present Status; Report of a Case and Suggested Simplified Treatment in Infants and Young Children."

Este interesante artículo del compañero Díaz Atilés aparece publicado en este mismo número del Boletín.

En la noche del jueves 22 del eursante mes, correspondió el turno a otro distinguido y entusiasta colega, el Dr. Antonio Martínez Alvarez, quien habiendo realizado recientemente un viaje de placer y estudios por la histórica ciudad de México, accedió gustoso a narrarnos "Sus impresiones de Viaje", ilustradas éstas con una magnífica película en colores tomada durante su excursión.

Ponce:

Para mediados del próximo mes de septiembre está señalada la celebración de la Asamblea Annal de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, que preside el querido amigo, Dr. William R. Gelpí.

Con toda probabilidad habrá de celebrarse en Ponce el mismo día de la asamblea, una reunión extraordinaria de la Cámara de Delegados de nuestra Asociación, acto en el cual habrán de discutirse varios asuntos de interés para la clase médica asociada del país, y que sin duda alguna habrá de

contribuir al mayor lucimiento de la asamblea.

Lamentamos no conocer en detalle el programa científico-social que habrá de tener lugar en la simpática "Perla del Sur" bajo los auspicios de la Asociación Médica de aquel distrito; pero dado el entusiasmo que siempre ha prevalecido entre los compañeros de aquella localidad, nos atrevemos a pronosticar que el mismo habrá de superar a los anteriormente celebrados.

Distinguidos visitantes:

A cooperar con el Departamento de Sanidad Insular en la epidemia de influenza que recientemente nos azotara, vinieron a nuestra isla los distinguidos colegas, doctores E. H. Lennette y John W. Oliphant, el primero miembro de la facultad de la Fundación Rockefeller, y el segundo miembro del Servicio de Salud Pública Federal.

Para ambos compañeros nuestro cordial saludo.

Dr. A. Montalvo Guenard:

El sábado 3 del cursante mes embarcó hacia los Estados Unidos en viaje de placer, y en unión de su hijo mayor, el estimado colega de esta capital, Dr. A. Montalvo Guenard.

Unas muy gratas impresiones durante su estadía en el Norte deseamos al querido amigo.

Dr. Manuel Santiago:

En compañía de su distinguida esposa y de su hija, embarcó hacia los Estados Unidos, el sábado 8 del corriente mes, el querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Una grata permanencia en el continente deseamos al estimado colega y a su distinguida familia.

Dr. Jenaro Barreras:

Pasa por la pena de haber perdido a su

querida madre en fecha reciente, el estimado amigo y colega, Dr. Jenaro Barreras.

Sean estas líneas portadoras de nuestro sentido testimonio de condolencia para el querido amigo y todos sus familiares.

Nuevos miembros:

Recientemente han ingresado en el seno de nuestra agrupación los queridos compañeros cuyos nombres expresamos a continuación:

Dra. Dolores Pérez Marchand, de Ponce
Dra. María Teresa Mora de Nochera, de Mayagüez
Dr. Urbano Ramírez, de Corozal

Dr. J. A. Doull:

Se encuentra en nuestra isla el Dr. J. A. Doull, Profesor de Bacteriología, Higiene y Salud Pública en la "Western Reserve University" de Cleveland, Ohio.

El propósito del viaje a Puerto Rico de este distinguido profesional es el ver las posibilidades de hacer un estudio detenido del problema de la Lepra en nuestro país por la "American Leprosy Foundation" (Leonor Wood Memorial). El Dr. Doull aprovecha asimismo su visita, para observar el trabajo que realiza el Departamento de Sanidad Insular.

Dr. A. V. Hardy:

Nuevamente se encuentra en nuestra isla el distinguido compañero, Dr. A. V. Hardy, del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia.

Como es del conocimiento de nuestros lectores, el Dr. Hardy trabaja en la organización de la Escuela de Salud Pública que habrá de abrirse muy en breve en esta capital.

ABSTRACTS OF PAPERS PRESENTED AT THE THIRTY-SIX ANNUAL MEETING OF THE NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION, CLEVELAND, OHIO, JUNE 3 TO 6, 1940.

THE TREATMENT OF ASSOCIATED TUBERCULOSIS AND DIABETES, A TEN YEAR EXPERIENCE

*Richard M. McKean, M. D., George C. Thosteson, M. D., and Nathan Brooks, M. D.
Detroit, Mich.*

Five years ago, a report was offered to the Trudeau Society on our experiences in the Tuberculosis Unit of Herman Kiefer Hospital in Detroit with a group of 80 patients presenting co-existent pulmonary tuberculosis and diabetes mellitus.

In the five years since that time, an additional 117 patients with this combination of diseases have been studied in this clinic. The number of this special group admitted per year has increased from 7 in 1929 to 40 in 1939, and of the total 15,361 tuberculosis admission to the hospital in that time, 1.59% had diabetes. Seventy-six per cent of patients analyzed presented far-advanced tuberculosis; 19% were moderately advanced and 4% were minimal. Two had miliary involvement. Eighty-six per cent of the group required insulin for diabetic control. Each patient was given the benefit of whatever collapse therapy was deemed advisable from the standpoint of the tuberculosis, completely regardless of the complicating diabetes. Eleven of this group had 1, 2 or 3 stage thoracoplasties without postoperative death.

In general, in spite of the increased used of collapse therapy, and the supposed advantages of the newer types of insulin used, there was no consistent notable difference between the statistical figures in the first and second five-year periods.

The extent and type of the pulmonary lesion, rather than the presence or severity of the accompanying diabetes mellitus,—providing the latter was under proper control,—continue to be the principal regulating factors in the clinical courses of the patients cited.

However, a continually improving understanding of the management of each disease, and better facilities available for these purposes, have gone far to offer this group a much more favorable prognosis.

TUBERCULOUS EMPYEMA—CRITICAL REVIEW OF 112 CONSECUTIVE CASES

*John H. Skavlem, M. D., McKinnie L. Phelps, M. D., Lynne E. Baker, M. D.,
James N. Christiansen, M. D.
Cincinnati, Ohio.*

The authors review 112 consecutive cases of tuberculous empyema, from 1936 to 1939 inclusive. This analysis was done particularly: (1) to determine what significant factors may predispose to the development of this serious complication; (2) to evaluate the results of various methods of treatment. They emphasize the trend toward more active treatment and a subsequent lowered mortality. They reviewed the roentgenograms of the lungs in these cases, and found a higher incidence of tuberculous empyema following collapse therapy by artificial pneumothorax in those cases where the lesions in the lungs were predominately exudative in type. They point out that tuberculous empyema usually develops as a result of the transmission of the tubercle bacilli by the lymphatics from the outer zone of the lung to

the pleura. Hence, in those cases where the lesions in the lungs are predominately exudative, artificial pneumothorax is contraindicated. During the period when the treatment was indifferent, the mortality was practically 100 per cent. With the use of 5 per cent gomenol in olive oil instillations in the empyema cavities, some cases recovered, but it was felt this was more often due to the re-expansion of the lung than to the bactericidal quality of the gomenol. By far the lowest mortality was found in those cases treated by extrapleural thoracoplasty. Gomenol was found to be useful in reducing the toxicity of the patient preoperatively.

CENSUS TRACTS AS AN AID IN HEALTH
PLANNING

Howard Whipple Green
Cleveland, Ohio.

In order to buy the most health work for Cleveland during the past 15 years, it has been necessary for the Cleveland Health Council to know the facts relating to this community. It had to know what conditions actually were and how hopeful it was to effect this, that, or the other condition by the programs which the various agencies in the Health Council proposed to carry out. It was necessary to have some idea of the accomplishments to date in each field of endeavor.

Census tracts have been used as a basis of locating the problems geographically. Prior to 1927, when Cleveland first became census-tract conscious, death rates for the entire community only were known. When it was learned that the infant mortality rate was 116 in certain sections of the community with a rate of 39 in other sections, it was then known where the program should be directed geographically.

Further study disclosed the fact that

while the infant mortality rate from diarrhea and enteritis had decreased markedly, deaths due to premature birth had decreased very slightly. Since these deaths occur during the first few days of life, practically all among infants before reaching the age of one month, it became evident that a new program would have to be developed to work with mothers months before the baby was born. The Cleveland Child Health Association is carrying out such a program. More than 3,000 expectant mothers were enrolled in these prenatal classes last year. The maternal mortality rate has been reduced very spectacularly and the infant mortality rate should show measurable results very shortly.

Tuberculosis death rates adjusted to a standard million in order to eliminate the effect of an unnatural distribution of population by sex and age during the five-year period 1928-1932 varied from 92 in the lowest economic tenth of the Cleveland five-city area to 18 in the highest economic tenth in the case of the white population.

The rates for Negroes varied much the same as the rates for the white population, the rate in each economic tenth being five times as high in the case of Negroes as in the case of white persons. Case rates varied in quite a similar manner.

Since the 1940 census of the United States has been enumerated by census tracts in all cities with 250,000 or more inhabitants and in some smaller one, and since census data will be available during the next twelve months by tracts, it is most important that tuberculosis cases and deaths be tabulated by census tracts at this time.

Analyses of such tract data will very shortly be possible in more than 70 cities in the United States. The magnitude of the problem in the various sections of these cities may be determined. The variations in

tuberculosis death rates by economic status, housing conditions, and so forth may be studied in order to plan more intelligently the programs of the future.

FORMS OF PULMONARY INSUFFICIENCY ASSOCIATED WITH COLLAPSE THERAPY

Andre Cournand, M. D., Dickinson W. Richards, Jr., M. D. and Herbert C. Maier, M. D.
New York, N. Y.

In patients with physical disability due to disease of the lungs or restriction of breathing apparatus, three general forms of insufficiency can be recognized: (1) Failure of pulmonary ventilation leading primarily to dyspnea (ventilatory insufficiency). (2) Failure of respiratory gas exchange leading to anoxemia and cyanosis (respiratory insufficiency). (3) Combine failure of ventilo-respiratory and of cardio-circulatory mechanisms, with variable symptomatology. By direct and relatively simple measurements, it is often possible to recognize and differentiate these forms of insufficiency.

Two cases are presented, which illustrate different aspects of ventilatory, respiratory and circulatory insufficiency associated

with collapse therapy.

The first case demonstrates the following: (1) The extreme degree of emphysema that may develop in young subjects with chronic pulmonary tuberculosis. (2) The small margin of safety that exists in these cases when treated with pneumothorax. (3) The development of profound arterial anoxemia without accompanying increase in dyspnea. (4) The insidious and variable symptomatology associated with anoxemia. (5) The effect of anoxemia in precipitating cardiac failure.

In the second case the points of chief interest are: (1) Marked kyphoscoliosis developing in a young subject following extensive thoracoplasty. (2) Physical dysfunction caused by disturbance in mechanics of breathing. (3) Minimal evidence of ventilatory and respiratory insufficiency when the patient was examined under resting conditions. (4) Extreme degree of both ventilatory and respiratory insufficiency during even light exertion, due primarily to failure of the ventilatory mechanism of the chest. (5) Insignificant evidence of cardio-circulatory failure in this case.

Detailed measurements of pulmonary and circulatory functions in each case are presented and discussed.

All Negro patients registered with the Providence Hospital Clinic in Chicago — 30,000 in number — are to be X-rayed within the next year in a search for tuberculo-

sis. The families of those who have the disease will also be X-rayed. The project has received a grant from the Julius Rosenwald Fund. Survey, Jan., 1940.

PLASTULES HEMATOGENAS

La Ferroterapia Moderna

Extensas pruebas clínicas muestran la marcada mejoría en la sangre producida por el uso de las Plástules Hematógenas en casos de anemia hipocrómica, anemia secundaria, anemias de la gravidez y debilidad general.

Sulfato Ferroso en
Cápsulas Elásticas Solubles
Simples y con
Concentrado de Hígado



BOVININE COMPANY

CHICAGO, ILL., E. U. A.

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

HIERRO

En una Forma Eficaz, Bien
Tolerada y Fácil de Tomar



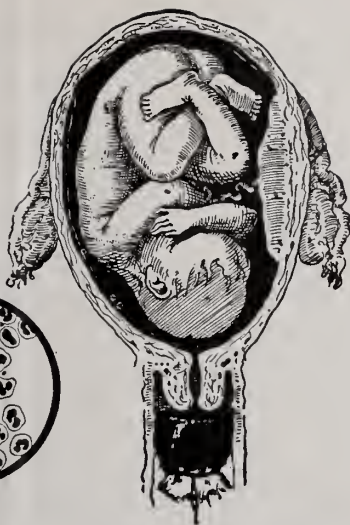
PLASTULES HEMATOGENAS

Al escoger la ferroterapia, las Plástules Hematógenas son las preferidas porque—Las Plástules Hematógenas

- Son satisfactorias en pruebas clínicas reales
- Son excepcionalmente bien toleradas
- Producen una reacción rápida en la sangre
- Dan excelentes resultados

Hoy en día se requiere una forma de ferroterapia eficaz y económica. Lo pequeño de la dosis, lo fácil de su asimilación y lo pronto de la reacción, hacen de las Plástules Hematógenas la ferroterapia preferida.

PROTEJA a la madre y al nene . . .



ARGYROL

LOS últimos informes indican una reducción satisfactoria en la mortalidad y morbosidad relacionadas con los partos. El mejor cuidado prenatal y una asepsia más perfecta explican en gran parte este resultado feliz.

En los casos en que se sospecha gonorrea, tanto la madre como el nene reciben mayor protección mediante el uso de tapones vaginales empapados en una solución de Argyrol al 25 por ciento, seguidos de una irrigación con permanganato disuelto al 1-1500. Esta técnica es recomendada por las autoridades más competentes.

Los tapones de Argyrol no sólo ofrecen protección contra el desa-

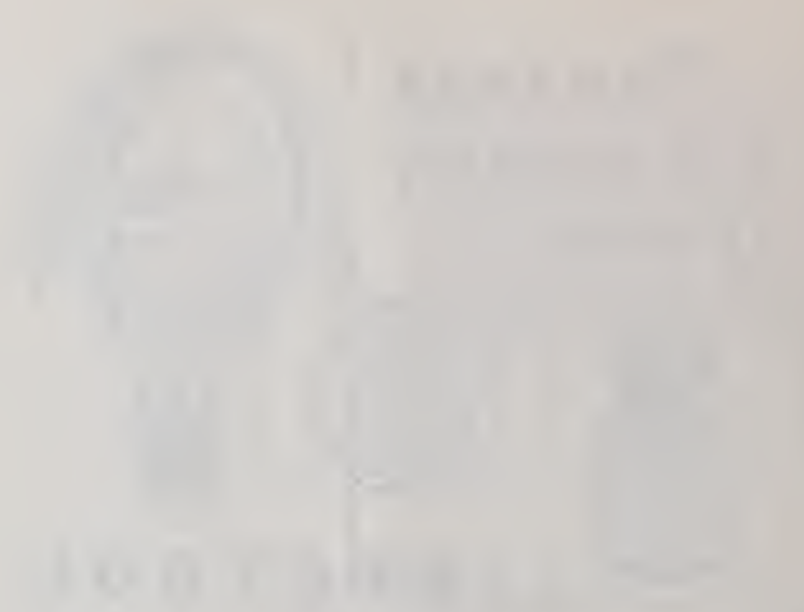
rrollo de ophthalmia neonatorum en el nene, sino que pueden evitar una seria exacerbación de una infección neisseriana latente en la madre. Las propiedades bactericidas, sedativas y detergentes de Argyrol lo han colocado en primer puesto para todas las infecciones de la membrana mucosa, especialmente la gonocócica.

Aunque hay muchas proteínas de plata débiles, no hay más que un Argyrol, el prototipo de todas ellas, y ocupa puesto único, *sui generis*, porque ningún otro producto de plata contiene plata en el mismo estado físico y químico, ni proteína de la misma alta calidad y estabilidad. Nuestra solución jamás ha podido reproducirse con éxito.

Para asegurar los resultados superiores que pueden esperarse solamente del genuino ARGYROL, especifique siempre ARGYROL de Barnes.

Argyrol fabricado solamente por A.C. Barnes Co.

A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.
Desde hace 39 años fabricantes exclusivos de ARGYROL y OVOFERRIN
ARGYROL es una marca de fábrica registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.



TIN-TABS (COLE)

En el tratamiento de las LESIONES ESTAFILOCOCCICAS DE LA PIEL

Tin Tabs (óxido de zinc, 1/3 gr.; zinc metálico, 1 4/5 gr.; amilum, 1gr.; sucrosa, 1 gr.) ha sido empleado con éxito en el tratamiento no-quirúrgico de las lesiones estafilocócicas de la piel. Su administración tiende a aumentar la resistencia hacia los Estafilococos, produciendo así la rápida desaparición de las manifestaciones de la infección. Por lo regular las lesiones disminuyen en tamaño, desaparece el dolor y la reabsorción se produce prontamente. Frecuentemente se evita la supuración con el uso temprano de Tin-Tabs (Cole), y por lo general no es necesario recurrir a la incisión. Los Tin Tabs (Cole) son usados en el tratamiento de furúnculos, carbunelos y orzuelos. Cuando el caso lo indique, conjuntamente con Tin Tabs podrán usarse compresas calientes.

Gustosamente enviaremos literatura descriptiva a solicitud.

COLE CHEMICAL CO.

ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donnell No. 12, Box 1088 - San Juan, P. R.

INSIGNIAS DE MEDICO

Nuevamente tenemos en existencia las insignias para automóviles. Estos nuevos emblemas tienen el nombre de nuestra Asociación en español, y se venden al precio de \$2.50 cada uno.

Los compañeros asociados podrán obtenerlas en el edificio de la Asociación o por correo mediante el envío del importe de su orden.



CARBARSONE LILLY

(ACIDO P-CARBAMINO
FENIL-ARSONICO)

EL arsénico puede usarse sin peligro en la amibiasis con el uso del Carbarsonne. El tratamiento es rápidamente eficaz, no se necesitan drogas adicionales, y en la mayoría de los casos no se interviene con los quehaceres del enfermo.

Durante la disentería amibiana aguda, pónganse enemas de retención de

2 Gmo. de Carbarsonne en 200 cc. de una solución caliente de bicarbonato de sodio.

En las formas subaguda y crónica de la enfermedad, recétese el Carbarsonne en púlvules (cápsulas llenas), de 0.25 Gmo., dos veces al día por espacio de diez días y repítase según se requiera.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

ASAMBLEA ANUAL: Diciembre 12-15, 1940

AÑO XXXII

SEPTIEMBRE, 1940

Número 9

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



	<i>Página</i>
Adenoma of Kidney with Report of a Case, Pablo G. Curbelo, M. D., San Juan, P. R.....	313
Edema Nutricional, Antonio Ortiz, M. D., Santurce, P. R.	319
Medico-Social Aspects of the Venereal Diseases Work in the Health Department, E. Quintero, M. D., San Juan, P. R.....	324
Fiebre reumática: Mi experiencia sobre su incidencia, manifestaciones importantes y tratamiento, M. Pujadas Díaz, M. D., Santurce, P. R.....	329
La razón biológica del Cáncer, Ramón T. Colón, M. D., Mayagüez, P. R.....	334
La Literatura Médica.....	337
Noticias Médico-Sociales.....	340
Abstracts of Papers on Tuberculosis.....	346

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

BES - MIN

VITAMINAS B Y MINERALES

Un tónico de sabor delicioso y de un contenido alcohólico insignificante (5%).

Contiene el complejo B natural fortificado con 3 factores sintéticos de vitaminas, B y los minerales esenciales en una forma fácilmente asimilable.

Niños y adultos lo toman con gusto.

ANDROMACHUS CORPORATION

11 WEST 42nd ST. NEW YORK CITY

Representante: E. Vélez Posada

Calle O'Donnell No. 12, Box 1088 - San Juan, Puerto Rico.

DRENOBIL

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

Distribuidor Exclusivo:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donnell No. 12, Box 1088 - San Juan, Puerto Rico.

*a natural
source
of*

VITAMIN B₁
VITAMIN G



and other known factors of the
VITAMIN B COMPLEX
including nicotinic acid

MEAD'S BREWERS YEAST TABLETS • Each Mead's Brewers Yeast Tablet contains 20 International units of vitamin B₁ (thiamin — the antineuritic factor) and 20 Sherman units of vitamin G (riboflavin). Clinical tests have shown the product to be rich also in nicotinic acid, for the prevention and treatment of pellagra. Supplied in 6-grain tablets in bottles of 250 and 1,000.

MEAD'S BREWERS YEAST POWDER • Each gram (½ teaspoon) supplies 50 International units of vitamin B₁ and 50 Sherman units of vitamin G (the same potency as Mead's Brewers Yeast Tablets), as well as nicotinic acid. Mixes readily with various vehicles the physician may specify in infant feeding. Supplied in 6-oz. bottles.

Mead's Brewers Yeast is nonviable and is vacuum-packed to prevent oxidation. Packed in brown bottles and sealed cartons for greater protection.

MEAD JOHNSON & COMPANY, EVANSVILLE, INDIANA, U. S. A.
P. O. Box No. 3081, San Juan



SOLUCION DE SALICILATO DE SODA MARIN

PRODUCTO FARMACEUTICO FABRICADO EN PUERTO RICO QUE
ESTA SIENDO USADO POR LA CLASE MEDICA POR LAS RAZONES
SIGUIENTES:

- 1—SU CALIDAD INSUPERABLE.
- 2—NITIDEZ EN SU PRESENTACION.
- 3—PRECIO AL CONSUMIDOR UN 50% DEL IMPOR-
TADO.
- 4—AL PREFERIR PRODUCTOS DEL PAIS AYUDA
A LEVANTAR EL STANDARD FARMACEUTICO
DE PUERTO RICO.

EN IGUALDAD DE CONDICIONES PROTEJA LO NUESTRO

MANUEL MARIN CO. INC.

DIVISION

PRODUCTOS MEDICINALES
MAYAGUEZ, PUERTO RICO

KAOMAGMA

CORTA LA DIARREA

KAOMAGMA detiene la deshidratación, calma la mucosa inflamada y suprime las causas de muchas diarreas, adsorbiendo las toxinas irritantes, gases y exceso de mucus.

KAOMAGMA es el único adsorbente de caolín e hidróxido de aluminio obtenible en forma fluida.

KAOMAGMA se mezcla fácilmente con el contenido intestinal, ejerciendo su acción terapéutica completa sin causar concreciones.

Recete KAOMAGMA para obtener rápido alivio sintomático de las diarreas, colitis y trastornos intestinales relacionados con ambas.



JOHN WYETH & BROTHER, INC.

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

LONDRES, INGLATERRA—WALKERVILLE, CANADA—SYDNEY AUSTRALIA

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

KAOMAGMA

Adsorbe Las Toxinas Intestinales

Calma La Mucosa Inflamada

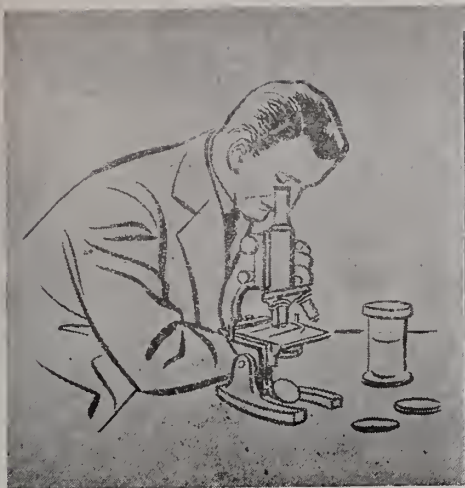
Detiene La Deshidratación

Corta La Diarrea

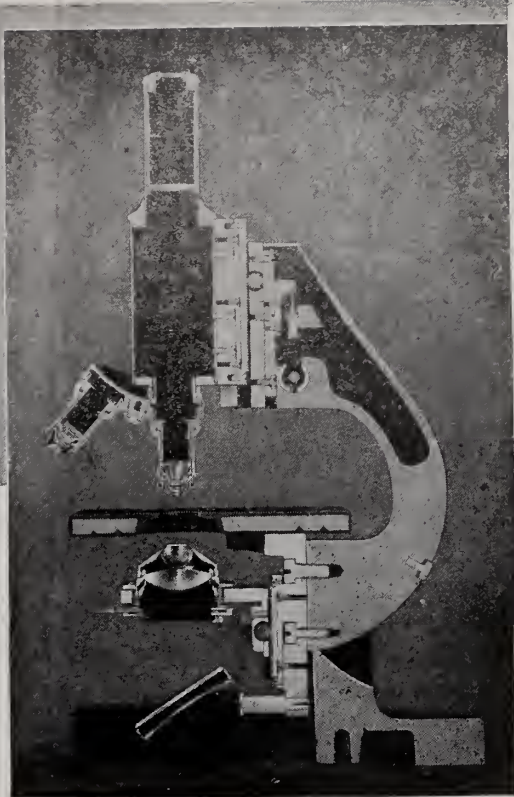
- **Indicado en el Tratamiento de Toxemias Intestinales**
- **Botulismo**
- **Diarrea**
- **Colitis**

Y OTROS ESTADOS CARACTERIZADOS POR
TRASTORNOS DE LAS VÍAS DIGESTIVAS.

Dos Tipos: { KAOMAGMA Simple
 { KAOMAGMA con Aceite Mineral



INVESTIGANDO LO QUE HAY POR DESCUBRIR



En la investigación médica y en los grandes hospitales de todo el mundo, los científicos que persiguen la obscura causa de las enfermedades, dependen del Microscopio Médico de Bausch & Lomb. No obstante, la aptitud de este instrumento de precisión es tal que también se encuentra en los laboratorios industriales y comerciales, ayudando en el desarrollo y mejoramiento de productos

y procedimientos. La ilustración muestra una sección transversal de la construcción del instrumento. Si usted necesita algún instrumento óptico de precisión, éste debe ser tan eficiente como es posible conseguir. En todos los instrumentos ópticos u oftálmicos fabricados por Bausch & Lomb hay la garantía tanto óptica como mecánica... no los hay mejores.

H. V. GROSCH CO.
Comercio 21
SAN JUAN, PUERTO RICO

Bausch & Lomb

Obsequio de la Farmacia Blanco

COOPERANDO CON LA CLASE MEDICA POR SESENTA AÑOS

OBSERVACIONES CONVENIENTES AL TOMAR MEDICINAS

Nunca tome medicinas en la obscuridad.

Nunca aumente la dosis o tome más frecuentemente una medicina sin consultar con su médico.

Mantenga siempre limpios los rótulos de los frascos.

Al verter la medicina para tomarla hágalo siempre con el rótulo de la botella hacia arriba.

Tenga las medicinas fuera del alcance de los niños.

Tape bien los envases ya que muchas medicinas debilitan o aumentan su potencia si el líquido se evapora.

Nunca cambie los tapones o tapas porque puede acarrear equivocaciones.

No eche otra vez en la botella el líquido que sobre porque puede contaminarse.

Evite tomar medicinas que hayan sido prescritas para otras personas aunque se las recomienden.

Evite repetir una medicina sin el consentimiento de su médico.

No guarde productos venenosos en el mismo sitio que los que no lo son.

Fíjese siempre bien en el rótulo de la medicina que haya de usar, así evitará confundirse en el empleo de la que use.

Las dosis en que deben tomarse las medicinas no son fijas. La cantidad que se debe tomar dependen de las condiciones de cada cual y sobre todo de la edad del enfermo. Los niños y los ancianos no deben tomar sino dosis mucho menores, según la edad, a las que pueden tomar los adultos entre los veinte y uno y los cincuenta y cinco años.

Guarde las medicinas venenosas bajo llave.

Recuerde que CONSULTAR A TIEMPO con su médico es importantísimo.

Si le interesan estas advertencias procure las anteriores en cualquiera de nuestras farmacias, en San Juan o en Santurce.



★
**GEL DE HIDROXIDO DE
ALUMINIO DE WYETH**

AMPHOJEL

- La literatura médica contemporánea refleja la tendencia a reconocer el hidróxido de aluminio como el tratamiento sobresaliente para la hiperacidez, la gastritis y la úlcera péptica.

Los clínicos están de acuerdo en que los puntos más notables del AMPHOJEL son:

- Pronto Alivio del Dolor.
- Seguridad.
- Ayuda a la Pronta Cicatrización de la úlcera péptica.
- Excelentes resultados en casos de úlcera sangrante (administrado por el método de "gota a gota").

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

ONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

KAOMAGMA

Gel de Hidróxido de Aluminio de Wyeth



● KAOMAGMA, con su intensa acción flúida adsorbente, es valiosa para detener la diarrea; su efecto calmante la hace eficaz en el tratamiento de ese grupo de síntomas conocido como "colon inestable", "colon irritable", "colitis mucosa", etc.

Se Ofrece en Dos Tipos

KAOMAGMA Simple
KAOMAGMA con Aceite Mineral

Particularmente Apropriada

“El proceso de calentamiento usado en la preparación de la leche evaporada desnaturaliza un poco las proteínas de la leche y cambia su cualidad alergénica. Muchas personas que son sensitivas a la leche fresca pueden tolerar la leche evaporada. La homogenización y el calentamiento conjuntamente aseguran un coágulo blando... La leche evaporada convenientemente diluida es extensamente usada para la alimentación infantil. Su composición uniforme, la esterilidad del contenido de las latas sin abrir, y su coágulo blando la hacen particularmente apropiada para este propósito cuando se dan las vitaminas suplementarias corrientes.” —Consejo de Alimentos, Asociación Médica Americana, “Productos alimenticios aceptados y su Valor nutritivo,” p. 236-7, 1939.



LA Leche *Carnation Irradiada* lleva en su etiqueta el sello de aceptación del Consejo de Alimentos de la Asociación Médica Americana. En la cita arriba transcrita el Consejo, autorizadamente, enumera algunas de las virtudes específicas que han ganado la confianza del médico para esta forma de leche.

Como una leche evaporada de alta calidad, de composición uniforme, y de una potencia en Vitamina D confirmada por exámenes de laboratorio, la *Leche*

Carnation Irradiada se prescribe en todas partes con absoluta confianza para la confección de fórmulas alimenticias para infantes. Tiene también considerable valor en el caso de personas que son sensitivas a la leche en su forma ordinaria; y es innecesario decir, que llena a perfección todas las demandas de la familia por una leche de valor nutritivo y de absoluta pureza.

Sometemos esta leche a su criterio profesional.

Agente Exclusivo: AMERICO MIRANDA
SAN JUAN, PUERTO RICO.

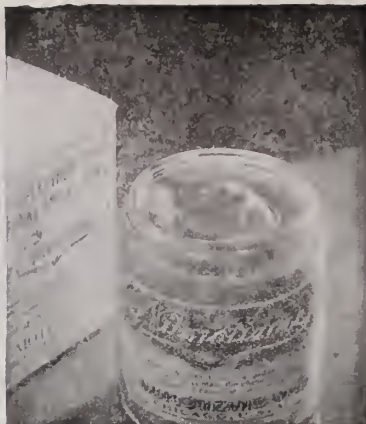
LECHE CARNATION IRRADIADA

“De Vacas Contentas”



La Leche *Carnation Irradiada* ha sido aceptada por el Consejo de Alimentos de la Asociación Médica Americana.

*Aunque
sencillo,*



ES EFICAZ . . .

NUMOTIZINE

***Para el alivio de
algunos estados
dolorosos inflamatorios
o congestivos***

Para aliviar algunos estados dolorosos inflamatorios o congestivos, es de gran utilidad el uso acertado del emplasto medicinal NUMOTIZINE.

Ayudando a intensificar la circulación local, NUMOTIZINE contribuye a la eliminación de la inflamación auxiliando en esta forma a las fuerzas restauradoras naturales.

Además, en virtud de la absorción lenta y constante del guayacol y la creosota, se mitiga el dolor y se produce la reducción de temperaturas febriles.

FÓRMULA

Guayacol U.S.P.....	2.6
Formalina.....	2.6
Creosota U.S.P.....	13.02
Sulfato de Quinina U.S.P.....	2.6
Salicilato de Metilo U.S.P.....	2.6
C. P. Glicerina y Silicato de Aluminio, qs 1000 partes	

Util en multitud de casos

Entre las indicaciones principales de NUMOTIZINE, pueden enumerarse las siguientes:

En algunos procesos infecciosos del árbol respiratorio

En ciertas inflamaciones glandulares

Furúnculos y torceduras

En algunas inflamaciones postraumáticas

En piquetes de algunos insectos

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
lanca No. 1 CASTAGNET & CASTILLO CO. San Juan, P. R.

*Obteniendo un Alto Porcentaje
de Curas Clínicas en la Gonorrea....*

S U L F A P I R I D I N A

REPASANDO LOS RESULTADOS de investigaciones extensas aquí y en otros países, la Sulfapiridina ahora parece ser una sulfonamida superior en el tratamiento de las infecciones gonocócicas. Al ser administrada a casos de gonorrea no tratados anteriormente, la Sulfapiridina ha demostrado producir un porcentaje más alto de curas clínicas que el obtenido con otros derivados sulfonamídicos. Al ensayarlos, se observó que en estos pacientes había cesado la excreción, aclarado la orina y los gonococos habían desaparecido de los frotos y cultivos — después de un período de tratamiento relativamente corto.

Además —nos informa la literatura sobre la eficacia de la Sulfapiridina en surtir efecto favorable sobre un gran porcentaje de casos refractorios a la sulfanilamido-terapia.

LEDERLE LABORATORIES CO.

76 Calle Salvador Brau — San Juan

SULFATHIAZOLE - WINTHROP

ANOTHER IMPORTANT CHAPTER

IN ANTIBACTERIAL CHEMOTHERAPY!

The new sulfonamide derivative — Sulfathiazole — constitutes an additional triumph in chemotherapeutic research which will prove of great value to clinical medicine.

Numerous cases of pneumococcus pneumonia and of staphylococcus septicemia, which always has a grave prognosis, have responded with dramatic promptness to the curative action of this thiazole analogue of sulfapyridine. Sulfathiazole is usually administered in doses that are essentially the same as those of sulfapyridine, but it is more uniformly absorbed and has little or no tendency to cause serious nausea or provoke vomiting.

Sulfathiazole is effective also against other pathogenic organisms, but its general clinical application in such infections should await the published reports on various investigations still in progress.

SPECIFY SULFATHIAZOLE — WINTHROP

How Supplied: Sulfathiazole-Winthrop is supplied in tablets of 0.5 Gm. (7.72 grains), bottles of 50 and 500; also (*primarily for children*) in tablets of 0.25 Gram (3.86 grains), bottles of 50 and 500.

For preparing test solutions, Sulfathiazole-Winthrop is available in bottles of 5 Grams.



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.



SAMPLES AND LITERATURE ON REQUEST

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

21 Comercio St. - P. O. Box 402 - San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

SEPTIEMBRE, 1940.

Número 9

ADENOMA OF KIDNEY

WITH REPORT OF ONE CASE

PABLO G. CURBELO, M. D.

From the Urological Department, Bayamón Charity District Hospital.

Introduction:

Among the different types of benign renal tumors the so called adenoma stands out as a very interesting entity both from the diagnostic as well as from the pathological viewpoint. These tumors are regarded by some as benign in character although endowed with malignant tendencies while other authors regard them as belonging to the carcinomatous type with few metastatic properties. There are two main forms of adenomata viz, the multiple small sized variety which is commonly seen in arteriosclerotic contracted kidneys and for which we are not here concerned and the more uncommon solitary type which really are surgical curiosities and of which we were fortunate in having the opportunity to study one case.

Incidence:

With few exceptions adenoma occur after the fourth decade, thus E. T. Bell found no cases before this age among 30,000 necropsy records. Judd and Hand report 45 cases among 500 consecutive autopsies. Solloway found only one case among 130 surgical cases at Cook County Hospital and

Mt. Sinai between the years 1929 to 1938. And nearly all modern textbooks of Urology report about 20 surgical cases up to 1938.

Diagnosis:

Ever since these solitary tumors give rise to the same train of signs and symptoms as the clearly malignant nephromatous types necessarily we have to consider the diagnostic points of all parenchymatous tumors.

Hematuria:

This symptom stand out prominently as indicative of neoplastic formation. The bleeding is usually profuse, occurs relatively early, and there is intimate mixture with the urine. In our case it was continuous in character although at times the urine was almost clear. There is some tendency to clot formation in which case there is concomitant pain from ureteral colic or from bladder spasm. But more often the hematuria is painless and may be intermittent in character.

Pain:

Unless due to obstructing clots or to in-

vasion of renal pelvis pain is not a very common finding. When it occurs it indicates a late lesion or one with malignant tendencies.

Tumor:

These tumors are usually small and therefore are not so easily palpable. A palpable left kidney with hematuria would have more clinical significance than similar findings on the right side. A tumor mass usually indicates a late and probably malignant lesion.

Urography:

Plain Urogram: A well taken plain X-Ray plate may show a significant change in size or shape of renal outline but this information is usually inconclusive, it is merely suggestive.

Descending Pyelography: This may show a clear cut change in renal silhouette due to excretion of medium by renal parenchyma. But deformities of pelvis or calyces are not usually clearly showed. In addition there are other factors which may interfere with the proper excretion of the injected medium, such as diminished renal function or too rapid elimination making the pyelographic image valueless.

Ascending Pyelography: This affords an opportunity for visualizing the bleeding side. This reminds me that in every case of hematuria one should not wait for bleeding to cease in order to perform cystoscopy because a valuable chance may be lost to see where hematuria originates. Cystoscopy allows for differential kidney function tests—and this is important both from the diagnostic as well as the prognostic viewpoint. And more important of all, ascending pyelography allows us to place a sufficiently concentrated opaque medium

into pelvis and calyces for the early determination of deformities in these structures.

Radiographic Details:

Calyces: These may be deformed in various ways, viz, partial or complete disappearance of calyceal outline; narrowing; elongation as such or combined with narrowing or dilatation.

Pelvis: May show changes in outline such as dilatation which may masquerade as a simple hydronephrosis. There may be filling defects of various sizes or complete disappearance of pelvis as such. Or there may be changes in position of pelvis as a whole i. e. displacement into almost any direction. Then the ureteropelvic angle may change from a straight to a right angle.

Pathology:

Gross: Early lesions occur as single, pale rounded soft nodules on cortex of kidney.

Microscopic: There is usually a tendency to regularity in cell outline which assume a papillary formation with little stroma. Cells are usually cuboidal or low columnar and may have a clear or dark cytoplasm. They are relatively encapsulated but usually there are a few cords of cells invading surrounding parenchyma. From the histological picture alone a clear distinction from carcinoma may not be possible.

Treatment:

Total nephrectomy should be preferably performed, conditions permitting, because a partial resection might be disastrous if all of the tumor cells were not removed.

CASE REPORT

Encarnación Roche, 48 years, female,

colored, housewife, Isabela, P. R., No. 680, admitted Bayamón Charity District Hospital January 23rd, 1940, discharged February 25th, 1940.

Diagnosis: Ptosed right kidney with Ureteral Kink and Hematuria.

Complaints on admission:

- (1) Pain right flank posteriorly
- (2) Hematuria

Family History: Both parents dead, cause unknown; rest, negative.

Past Personal History: Malaria, frequent colds, menopause 8 months ago.

History Present Illness: Shortly after menopause became established she began having pain in right flank posteriorly accompanied by nausea and vomiting and by the passage of bloody urine with clots. Blood intimately mixed with urine. Pain radiated downwards to bladder region. These attacks of pain were intermittent in character and were relieved by lying down in bed but would soon recur. She has had nocturia 3-4 but there are no marked bladder symptoms.

Physical examination:

(1) General Appearance: A frail, thin woman, very bright and active who does not look acutely ill.

(2) Abdomen: Normal contour; moves freely and equally with respiration. No shifting dullness. Right kidney clearly palpable and tender.

(3) Genito-Urinary:

(a) External Genitalia: Essentially normal.

(b) Pelvic: Uterus not enlarged; no cervical erosions; no pelvic masses; no tenderness.

(c) Cystoscopy: A number 24F cystoscope passed easily into bladder. No residual urine obtained. Normal tolerance to distension

and instrumentation. Bladder walls essentially normal.

(d) Kidney Function Test: Indigo Carmine Intravenously. Right side 6 min.; left, 4 min. —good concentration. Both ureteral orifices catheterized easily and urine obtained from both renal pelvis very bloody on right side; normal on left. Pyelogram done on sides with 12½% Na Y. There is bilateral nephroptosis more marked on right side where there is slight hydronephrosis with dilatation of all calyces and showing a fuzzy appearance of inferior calyces suggesting an inflammatory process. Normal left pelvis. Ureters have a wormy appearance due to ptosis.

(4) Rest of physical examination essentially normal.



*Laboratory examinations:**Urine*

Color: Light reddish
 Sp. gravity: 1009
 Reaction: Slightly alkaline
 Albumin: One plus
 Sugar: 0 W. B. C.: Few
 Red: Loaded Bacteria: None

Feces:

Positive for mucinaria

Blood chemistry:

Urea N.: 9.4 mgm.
 Chlorides: 482 mgm.
 N. P. N.: 25.6
 Glucose: 94 mgm.
 Creatinine: 1.6
 Kahn Test: Negative
 Kline: 2+

Blood Count:

R. B. C. 2,560,000
 Hg. 50%
 W. B. C. 4,800
 Small Lymphocytes: 65
 Polynuclear: 34
 Eos.: 1

Pre-operative preparation:

500 cc. whole blood given.

Pre-operative diagnosis:

Right Renal Ptosis.

Inflammatory condition of pelvis and calyces producing hematuria?

Operation:

Operator: Dr. Pablo G. Curbelo

Assistant: Dr. Méndez

Anesthetist: M. Villafañe

Anesthesia: N. O. and Ether vapor 8:20 A. M.; ended 9:00 A. M.

Operation: 8:30 A.M.; ended 9:05 A.M.

Operative Procedure: Patient placed in left lateral position, kidney elevator raised. Right oblique lumbar incision. Kidney exposed, mobilized and brought out of wound. A peculiar cystic mass felt at junction of middle and lower third of lateral convex border; ureterolysis performed. Kidney replaced high up under costal margin and secured in place by Deming's procedure. Wound closed in layers without drainage.

Immediate post-operative condition: Good.

Post-operative course:

Skin sutures removed on tenth day. Hematuria profuse at first; later on became less but persisted intermittently. Patient discharged on 14th day and advised to return in two weeks in case hematuria had not ceased altogether.

Patient readmitted to "Clínica Díaz García" on March 13th, 1940. Case No. 15042.

Complaints on admission:

(1) Intermittent hematuria.

(2) Pain in right flank.

Unrelieved by previous operation

Physical examination and Laboratory Studies revealed essentially the same condition as when patient was at Bayamón Charity District Hospital.

Pre-operative diagnosis:

Hematuria due possibly to early tumor of right kidney.

Operation: March 14th, 1940

Surgeon: Dr. Pablo G. Curbelo
 Assistant: Dr. M. Espinosa
 Anesthetist: Dr. A. Oliveras
 Anesthesia: Ether vapor -closed method.
 3:15 P.M.; ended 4:05 P.M.
 Operation: 3:24 P.M. ended 4:05 P.M.

Operative procedure:

Patient placed in left lateral position. Kidney elevator raised. Operative scar resected; choosing a spot on healthy external oblique, muscular planes opened up to posterior leaf of lumbo-dorsal fascia. By using blunt and sharp dissection the kidney fossa was gradually reached. Kidney was found well fixed high under costal arch. Previous fixation was undone. Kidney withdrawn and pedicle doubly clamped after doubly ligating and dividing ureter. Pedicle divided and kidney removed. Double ligating of pedicle. Cigarette drain inserted and usual wall closure in layers was done.

Immediate post-operative condition:
 Excellent.

Post-operative course:
 Drain removed 48 hours. Skin suture removed on 6th day. Patient discharged on 10th day. Wound healed.

Pathological examination:

This was performed at the Department of Pathology of the School of Tropical Medicine. The following report was rendered:

Gross: A kidney measuring 10.7 x 5.5 x 3.7 cm. It has been previously divested of its capsule. The surface is for the most part smooth but presents quite well outlined fetal lobulations. To one pole there is a globular mass projecting from the surface and measuring 4 cm. in main diameter. It is of the same color as the remainder of the renal

tissue except that towards its periphery extensive hemorrhage has taken place into the tissues. On section there is in this area a sharply outlined ovoid mass with a variegated cut surface. The mass measures 4.8 cm. in greatest diameter which is vertically from capsule to medulla and presents bright yellow areas alternating with gray portions and with others which are brownish or dark red. There is a fairly distinct fibrous capsule about the mass which in places measures 0.2 cm. across, but at one point there is a group of intensely hemorrhagic nodules measuring as a whole 0.9 x 0.5 cm. just outside of the capsule. The mass occupies the whole thickness of the cortex and medulla, extends into the peripelvic tissues and is pushing against one of the calices. Elsewhere the cortex is broad but the striations are blurred due to fixation in formalin. Extension appears to have taken place into this calix. Further transections show that the actual tumor tissue is of a gray color but for the most part quite intensely hemorrhagic, while the yellow areas occurring towards the center show portions where degeneration is taking place.

Microscopic: The neoplasm has a well developed papillary structure. The papillae are long and thin with a very narrow connective tissue core, on each side of which there is a single row of cuboidal to columnar cells with the regular rounded nuclei and pink cytoplasm. In some of the villi the cytoplasm is very finely vacuolated and in others the cell body is pale staining and rich in lipoids. There are rather large areas of necrosis and much hemorrhage has taken place into some portions. The mass is surrounded by a zone of dense connective tissue infiltrated with round cells and containing strands of tumor about which in some areas there is formation of foreign body giant cells, cholesterol crystal clefts and infiltration by numerous hemosiderin laden fibrocytes. About the renal pelvis there is much infiltration by round cells. There are no alterations in the morphologic characters of the cells making up the tumor and likewise there is no frank invasion of the renal tissues about the tumor. Outside the capsule there is compression of the renal parenchyma with atrophy of the tubules and glomeruli. One section includes an area of active acute inflammatory reaction and hemorrhage in the renal pelvis with fibrosis and calcification in neighboring portions.

Diagnosis: Papillary adenoma of kidney with hemorrhage, ulceration of renal pelvis and acute

pyelitis.

(Sgd.) Enrique Koppisch."

Comments:

Hematuria should always arouse the sus-

picion of renal tumor and should be investigated until proved otherwise. In this case we made a mistake in the interpretation of the pyelographic and operative findings but fortunately were able to follow up patient and administer timely treatment.

While the school teacher has not more tuberculosis than the average adult, next to the family she provides the greatest opportunity for close prolonged contact with the school child. To require the teacher to provide a health certificate, including chest films, would serve to remove this reservoir of infection. D. O. N. Lindberg, M. D., Ill. Med. Jour., Oct., 1935.

Tuberculosis of the intestinal tract is so frequent an occurrence in chronic pulmonary tuberculosis that it has sometimes been considered a part of the same disease. In over a thousand autopsied cases of tuberculosis, 70% had intestinal tuberculosis. Symptoms are frequently misleading. J. H. Cullen, M. D., Bull. of Sea View Hospital, Jan., 1940.

EDEMA NUTRICIONAL*

ANTONIO ORTIZ, M. D.**

Santurce, P. R.

Me ocupo hoy del edema nutricional porque éste constituye uno de los problemas fundamentales de nuestra patología, no por su importancia intrínseca, sino como síntoma de uno de los males más difundidos en el país: el hambre crónica. Siendo tan estrecha la relación entre el hambre y este tipo de edema, es verdaderamente vergonzoso para nosotros el que el edema nutricional sea mucho más frecuente en Puerto Rico que en la mayoría de los países civilizados.

Entre los ejemplos de esta afección vistos en el servicio de Pediatría del Hospital Presbiteriano hemos escogido 27 en que el edema era más marcado y más clara su relación con una deficiencia en las proteínas de la dieta. En la consulta se ven cientos de estos casos que no ingresamos para no hacer monótono el servicio.

Todos los casos por mí estudiados son menores de diez años. La edad promedio es de cuatro años y medio, los más jóvenes contaban quince meses y un año respectivamente. Es precisamente en los niños en los que vemos el edema nutricional con más frecuencia debido a que el crecimiento impone la necesidad de mayor aporte de proteínas. Un adulto tendría suficiente con 0.6 a 1 gramo de proteína por kilo por día, un bebé de un año necesitaría 4 gramos, y un niño mayor, durante el resto del período de crecimiento, se desarrollaría mejor con 2.5 gramos por kilo.

Ahora bien: todos nuestros casos daban la historia de que tomaban leche y huevos rara vez, carne casi nunca, vegetales entre días. Y el resto de la cena no era nada

epípara. De manera que existía en la dieta una deficiencia innegable en proteínas, empeorada por la falta de calorías. Consumiendo liberalmente hidratos de carbono y grasas, especialmente los primeros, se hubiera podido sostener el equilibrio nitrogenado a un nivel mucho más bajo con un aporte menor de proteínas. Pero no siendo así, las pocas proteínas disponibles se consumían como fuente de energía y no quedaba nada para reparar el desgaste e impulsar el crecimiento. Para hacer la situación más crítica, las proteínas en la dieta de nuestras clases pobres son de calidad biológica ínfima y tan poco variadas, que se corre continuamente el riesgo de que falten los ácidos amínicos esenciales. Además, dos de los síntomas cardinales de la deficiencia alimenticia múltiple de que padece la gran mayoría de los casos de edema nutricional, los constituyen los vómitos y diarreas, que crean un círculo vicioso al impedir la absorción de las pocas proteínas y vitaminas que consume el desnutrido.

Los efectos de una dieta deficiente en proteínas son en general los siguientes: 1. Pérdida de peso y emaciación progresiva. Si faltan calorías el organismo literalmente se consume utilizando sus propios tejidos como fuente de energía y de materia vital. La emaciación es inevitable porque no hay materia estructural (principalmente proteínas) para reemplazar el desgaste natural de los tejidos, y menos aún este consumo anormal. 2. Retraso o estancamiento permanente en el crecimiento, en los niños. Es precisamente en la época del crecimiento que se necesita mayor aporte de materia estructural. 3. Sobreviene una debilidad muscular marcadísima que termina por impedir toda actividad. 4. Dis-

* Trabajo leído ante la Asociación Médica del Distrito de Aguadilla, Julio 17, 1938.

** Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Presbiteriano, San Juan, P. R.

minución en la cifra total de proteínas en el plasma sanguíneo con especial reducción de la cantidad de albúmina. Esta manifestación, al igual que el retraso en el desarrollo, se observa solamente en los casos crónicos. La baja en el contenido proteico del suero es lo que explica el edema en el edema nutricional. La cifra normal promedio de proteína en el plasma es de 7 gramos por ciento de los cuales la albúmina constituye 4.44, la globulina 2.23 y el fibrinógeno 0.3 gramos por cien centímetros cúbicos. Estos proteidos ejercen una presión osmótica u oncótica que tiende a conservar los líquidos dentro de los capilares, contrarrestando así el efecto expulsivo de la presión capilar. Se supone que cuando las proteínas del suero bajan de 5.5 gramos por cien centímetros cúbicos, la presión osmótica es insuficiente para conservar el líquido dentro de los vasos, y ocurre el edema, muchas veces acompañado de efusión en las serosas. Igualmente la caída de la albúmina a menos de 2.5% surte el mismo efecto. La albúmina constituye la fracción que produce mayor efecto osmótico, y es ésta precisamente la que está reducida en el edema causado por falta de proteínas. La globulina permanece relativamente constante y no fluctúa con la dieta. La cifra de la globulina sí se eleva en algunas infecciones, tal como la tuberculosis. No siempre que encontramos reducidas las proteínas del suero se encuentra edema; muchas veces se necesita un factor adicional precipitante: la ingestión excesiva de líquidos, o de sal (debido al sodio), debilidad circulatoria, anemia acompañada de anoxemia de los capilares y los tejidos, e infecciones con su acción tóxica y el aumento en las exigencias metabólicas con la fiebre. Lo triste es que el nivel bajo de proteínas en el suero contribuye a sostener la debilidad circulatoria. Es cierto también que las dietas deficientes en proteínas lo

son también en hierro y en otros factores, favoreciendo así el desarrollo de una anemia.

El problema de la posible relación de la vitamina B₁ con el edema es ciertamente muy interesante, pero no es ésta la oportunidad para discutirlo.

5. Se ha descrito también en la carencia en proteínas un edema de la mucosa intestinal, que asociado con diarreas, hace la situación peor. En los dos casos nuestros que llegaron a autopsia no se describe este hallazgo.

Con esta base teórica voy a proceder a discutir mis casos, en general, para ser más breve y menos fatigoso.

Como les dije antes, todos los 27 pacientes tenían menos de 10 años, la edad en que es más peligrosa la carencia en proteínas.

Todos se quejaban de debilidad, o habían sido observados faltos de energía, fatigosos. Casi todos se habían visto obligados a permanecer en cama.

Entre ellos, 21 habían padecido de diarreas crónicas. Está claro que a este síntoma se le podrían achacar diversas causas. El edema nutricional casi nunca se encuentra solo: la deficiencia en proteínas en la dieta, salvo en casos excepcionales, necesariamente viene acompañada de otras deficiencias importantes —especialmente en vitaminas del grupo B₂ y en hierro— factores que están íntimamente relacionados con proteicos como la leche, los huevos y la carne. Algunos de nuestros casos padecían de pelagra franca y declarada y muchos la mostraban en forma incipiente o sub-clínica. Otros semejaban el sprue o la enfermedad celíaca. De manera que las diarreas se debían a distintos errores dietéticos. Un número de pacientes albergaban, además, parásitos intestinales. Lo cierto es que en nuestros casos las diarreas precedieron la aparición del edema y lo hicieron peor.

Otro síntoma casi universal fué la anorexia. Todos sabemos por experiencia que nuestros desnutridos, de tanto sufrir hambre y privaciones, terminan por perder hasta el deseo de comer. La pérdida del apetito en estos casos es simplemente una manifestación de una deficiencia múltiple y grave. Pocos días después de empezar el tratamiento la anorexia cede, y se presenta un apetito voraz. En cambio, hemos visto casos de anorexia y debilidad extremos en que ha habido que recurrir a transfusiones y a alimentación por sondas para sortear una situación difícil.

Los vómitos eran prominentes solamente en 5 de los 27 pacientes.

Es curioso que aproximadamente el 40% de los casos mencionara fiebres recientes en su historia. Naturalmente este es un grupo de pacientes de salud delicada, fácil presa de cualquier infección. Entre los nuestros predominaban las infecciones de la piel, y las infecciones respiratorias superiores. Hubo un caso de tuberculosis pulmonar avanzada. Los dos casos que llegaron a autopsia padecían de trombosis sépticas y piemias, y uno de ellos mostraba evidencia anatomo-patológica de deficiencia en vitamina A junto con infecciones múltiples.

Todos los niños presentaban varios años de retraso en el crecimiento, y el peso oscilaba entre el 60 y el 70% de lo que debía ser, aún incluyendo el edema. Entre ellos hay una nena de dos años que pesaba 15½ libras, y una de 4 años con 22 libras. Con el tratamiento el peso baja rápidamente con la desaparición del edema, para después tomar incremento. Para volverlos al peso normal y a la estatura y desarrollo promedio se necesitarían años de buena alimentación —y quién sabe si nunca se obtendría el resultado ideal. De todos modos, estos niños vuelven a su casa a recibir más o menos la misma alimentación de-

ficiente de antes, y no se podría esperar que florecieran de nuevo a menos que no cambiara radicalmente el ambiente social y económico.

Todos nuestros pacientes presentaban edemas generalizados. El hidrotórax fué raro, la ascitis frecuente. Nunca se hicieron necesarias las punciones.

En lo que concierne al nivel de las proteínas en el plasma, estos son nuestros datos en los nueve últimos casos, que tienen análisis completos:

Promedio total normal 7 gramos. Albúmina 4.4; Globulina 2.2 gramos por 100 centímetros cúbicos.

Primer caso: Total 6.2 gramos; albúmina 4.8; Globulina 1.4. (No había edema al ingresar al Hospital).

Segundo caso: Total 4 gramos; albúmina 1.7; Globulina 2.4. Anasarca. Caso gravísimo. El tratamiento fué el que hemos usado siempre: dieta alta en proteínas (carne, leche y huevos, principalmente), vitaminas en general, con énfasis en la B₂ (levadura, hígado) Transfusión. Estaba bueno al mes —sin edema, con el siguiente análisis: Total de proteínas en el plasma, 5.33; Albúmina 3.7 (un aumento de 2 gramos por ciento) Globulina 1.62.

Las cifras totales fueron las siguientes en los otros casos:

Tercer caso: Total 5.1 gramos por ciento; después 5.5. Albúmina 3.3. 4 gramos al mejorar; Globulina 1.7 y 1.7 gramos por ciento.

Cuarto caso: Total 4 gramos, luego 4.7; albúmina 2.4, más tarde 3 gramos al desaparecer el edema; globulina 1.6 y 1.6.

Quinto caso: Total 4 gramos por ciento; después del tratamiento, sin edema, 7.1; albúmina 2.8, luego 4.6; globulina 1.1 y 2.3.

Sexto caso: Total 4.8; albúmina 3.4; globulina 1.4.

Séptimo caso: Total 5.5 gramos por ciento; albúmina 2.1; globulina 3.43 (un caso

de tuberculosis avanzada).

Octavo caso: Total 5.7; a las tres semanas 6.2 gramos, libre de edema; albúmina 2.7, más tarde 3.8; globulina 3 y 2.5.

Noventa caso: Total 4.4 gramos por ciento. Según iba mejorando: 5.3 y 6.2; albúmina 2.2, con edema, 3.4 y 4.1 sin edema; globulina 1.3, 1.4 y 2 al finalizar el tratamiento.

La globulina, como se ve, varía muy poco con el tratamiento.

En todos los casos es notable la elevación en la cifra de proteína total y de albúmina en el plasma al desaparecer el edema como resultado de la dieta óptima.

De paso vamos a menciónar que en las nefrosis, en que la proteína total está reducida y la albúmina desciende bajo el nivel de la globulina, no se obtienen resultados análogos, probablemente por dos razones: porque parece haber dificultad en el síntesis de las proteínas del suero, y por la pérdida constante de albúmina en la orina. En muchos casos de nefrosis, como en uno que tengo en mi sala desaparece el edema sin que se haya elevado el nivel de las proteínas en el suero. Sin duda alguna, en las nefritis y nefrosis, operan otros factores.

En algunos casos de edema nutricional en que se hicieron determinaciones de colesterol se encontró la cifra baja que casi siempre vemos en los desnutridos. En las nefrosis el colesterol está elevado, como todos sabéis.

Absolutamente todos nuestros pacientes estaban anémicos —una anemia por carencia de hierro en todos los casos. Hubo hemoglobina de 21, 26 y dos veces de 30% La más alta fué de 65%. La anemia es en sí, como expliqué antes, un factor en la producción del edema.

Además de estos casos con edemas marcados, en los que la deficiencia es evidente, hay muchos más en los que los síntomas apenas si se notan, y en los que la cifra de

proteínas en el suero apenas si sobrepasa el nivel peligroso. No es extraño que con la dieta baja en proteínas que es corriente en Puerto Rico, haya tantos individuos débiles y encogidos en nuestra población. Si recordamos que todas las autoridades están contestes en que cada raza se desarrolla físicamente, y quizás, en otros sentidos, según lo que come, nos explicaremos muchas cosas en la constitución física de la mayoría de nuestra población. Y lo que es peor, entreveríamos un futuro no muy brillante, mientras subsista nuestro pueblo con un régimen de miseria.

En el diagnóstico diferencial del edema nutricional hemos notado que la tendencia es a diagnosticar nefritis o nefrosis a primera vista. Este error es fatal si se combina con el error aún más grave de restringir las proteínas en la dieta. El estudio del caso, sin embargo, enseguida revela su verdadera naturaleza: en el edema nutricional hay indicios de deficiencias múltiples, la presión arterial es baja, no hay cambio en el fondo del ojo, el residuo nitrogenado (N. P. N.) es normal, y sobre todo, la orina no muestra alteraciones.

El tratamiento va dirigido a suplir las deficiencias alimenticias del caso mediante una dieta completa, rica en proteínas de la mejor calidad. Muchas veces añadimos concentrados de vitaminas del grupo B₂, porque en muchos de nuestros casos hemos visto indicios de pelagra o pelagra manifiesta. El extracto de hígado nos ha sido útil, y asimismo el hierro en la forma y las dosis corrientes. Dos de los pacientes presentaban síntomas de avitaminosis A, uno de ellos confirmado por la autopsia. Cuando sospechamos ésto, añadimos derivados del aceite de hígado de bacalao al régimen. No encontramos deficiencias de vitaminas D o C en nuestra serie.

Acostumbramos reducir el sodio en los primeros días del régimen, para combatir

el edema.

La dificultad práctica al comenzar el tratamiento estriba en conseguir que el paciente ingiera la dieta prescrita. Para ésto se necesita la colaboración de dietistas y enfermeras competentes y laboriosas.

Nosotros no hacemos esfuerzo por controlar la diarrea y los vómitos por otros medios que no sean variaciones en la dieta, manteniendo siempre elevados el consumo de proteínas y de vitamina B₂, al igual que en la pelagra.

Los casos extremos recibieron transfusiones con magníficos resultados. El hígado se usó en inyecciones intramusculares, y el extracto acuoso por la vía oral; el hierro en la forma corriente.

El pronóstico inmediato es bueno, con un tratamiento adecuado: la mejoría es rá-

pida y hasta dramática; pero el restaurar estos pacientes a un estado de buena nutrición, después de años de carencia, es tarea árdua y prolongada.

Como conclusión, quiero darle énfasis al hecho de que el edema nutricional es excesivamente frecuente en Puerto Rico, porque la mayoría de nuestra población subsiste miserablemente con una dieta deficiente por diversos conceptos, pero tan baja en proteínas y conjuntamente en vitamina B₂ y hierro, que son muchos los que sufren y mueren y muchos más los que sin darse cuenta, viven a medias, endebles, enjutos, con mucho ánimo y pocas fuerzas. El problema tiene sus aspectos económicos y sociales, difíciles de remediar, pero en el fondo, un abismo de ignorancia que está en nuestras manos combatir.

There is need for expanding the mass X-ray procedure to the general population. This will uncover 80% of tuberculosis cases in a minimal stage, resulting in savings and making the problem of rehabilitation easier to solve. H. M. Payne, M. D., Phila., Tuberc. Conf., 1939.

The tuberculosis disease rate of medical and nursing personnel in modern tuberculosis sanatoria is generally lower than in hospitals not having a properly supervised tuberculosis department. B. H. Wardrip, Hosp. Management, Dec., 1939.

MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF THE VENEREAL DISEASES WORK IN THE HEALTH DEPARTMENT

E. QUINTERO, M. D.

*Director, Venereal Diseases Bureau
San Juan, P. R.*

We shall begin with a short sketch of the history of syphilis and other venereal diseases, which formerly appeared to us as a gloomy pathological picture; but which at the present time presents itself more hopefully, for in the light of scientific investigation we have every reason to believe that we should be optimistic as to the eventual extermination of these maladies.

The origin of venereal diseases is lost among the vague byways of the early history of mankind. Attempts at their control have been made since ancient days. It is said that Moses made regulations for the control of gonorrhea and that Hippocrates knew the disease for its symptom of difficult urination, 460 years before Christ. Galen, 200 years A. D., first called the disease gonorrhea. However its relationship to sexual contact was not recognized until the middle ages and the disease was not considered to be communicable until the 19th century. Syphilis on the other hand, makes its bow in the stage of medical history with its tragic reputation, about the same time of the Discovery of America. Attempts at its control were well considered by Voltaire (the French philosopher of the eternal smile) who about 200 years ago stated that "it was wiser and more human to exterminate syphilis (eternal enemy of mankind) than to broaden the boundaries of France with the Crusades to Asia."

Syphilis has been a public problem of importance in our island since the early days of the colonization by the Spaniards for the "morbus gallicus" appears in his-

torical documents in the early part of the 16th century when Captain Salazar, noted warrior, right hand man of Ponce de León, although untouched by the indian arrows, succumbed as a result of the disease.

History teaches us that syphilis has occurred since its origin, coincident and concurrently with historical events of paramount importance and even the last wide crusade of attempt at its control in this hemisphere was initiated during the history making epoch of the last World War. Syphilis was a source of great worry to past generations and it still is for our present generation. Science, with its innumerable advances during the last twenty-five years in the field of investigation, has been more benevolent with our generation than it has been with those past. Today we know the specific etiology and diagnostic methods of the disease, we have established epidemiological methods of preventing its expansion and propagation. We have accepted a treatment as specific for the complete extermination of this malady, but still we are faced with one of the most important problems to be solved. I refer to the education of the masses, for at the present time in Puerto Rico syphilis and other venereal diseases constitute a social problem which ought to be understood by all classes, to the end that each citizen in our community should be a factor in its solution. Education and instruction must aim at developing the self-control necessary to keep in check the sexual instinct and of inculcating sound principles of social morality in the

individual.

From the standpoint of preventive medicine the problem of controlling and even abolishing venereal diseases seems to be comparatively simple, considering of course for this achievement the newest methods and knowledge in respect to their relation with the community. However, our island is over populated and our financial resources for carrying out a campaign of control are insufficient; two factors which need special consideration in carrying out any well organized public health campaign.

Many of the services of Social Work are centuries old, although its guidance aspect is something relatively new.

Social aid, that is to say, the sum total of laws and methods intended to remedy the deficient adjustments of the individual to the social medium, has interested man in widely different countries and epochs.

To practice the profession of social work in its present scientific form, duly coordinated and accomplished by specially trained agents, it is necessary to maintain intact the spirit of its traditional principles: principles best embodied in the Christian doctrine of *love thy neighbor as thou loveth thyself*. A social worker must be prepared to sacrifice personal and special interests on behalf of his humanitarian calling. This approach to social service is ageless, since it is based on a tendency always present in the higher aspirations of humanity.

The well-known activities of persons like Saint Vincent Paul, and in more recent times, Florence Nightingale, are examples, not only of Christian virtues, but also of true social work. In like manner, it cannot be denied, to mention a none too old Puerto Rican instance that, the Volunteers Committees organized in the different municipalities, in Puerto Rico, after August 9, 1899, to cope with the disastrous conditions following the terrific hurricane

known as San Ciriaco, was also social work, although, none of their members were trained or professional workers and perhaps had not even heard of organized scientific Social Work.

On the other hand, it is also undeniable that the first Puerto Rican migration to Hawaii, so aptly befriended by Mr. Mariano Abril and so dramatically condemned by Mr. José de Diego when he said:

"At the same time, but quite contrariwise, The strangers landed with triumphal smiles The Natives parted along a wake of sighs."

was as great a failure as it turned out to be, because of the lack of adequate social work measures directed to the adaptation of Puerto Rican emigrants to the conditions prevalent in a remote archipelago. Similarly, we can very well understand that a campaign to attract tourists to Puerto Rico could not depend on ballyhoo, but must be based on an adequate study to adjust the needs of the tourist to the Puerto Rican conditions, and vice-versa.

We must admit, therefore, that there is a background of social service behind the organized social work of today. This profession, embracing the most varied problems of social adjustment, requires specialization in its different facets.

We, of the Department of Health and especially of the Bureau of Venereal Diseases, are particularly interested in the medico-social aspects of the profession: that is to say, the interpretation of diagnoses and medical indications to the patient, the readjustment of their conditions and media to those indications and the helping of patients to free themselves of social and psychological handicaps. It is obvious, therefore, that to lend medico-social aid in our Bureau of Venereal Diseases, a basic groundwork of medical know-

ledge is required. It is perhaps on account of this reason that Dr. Walter Clark and Dr. Thomas Parran believe that social workers would attain much better accomplishments in the control of venereal diseases if they were endowed with the special training of a graduate nurse along with their training in social work.

The popularizing of knowledge about venereal diseases among the patients and their relatives when they come to the clinics, also among school groups, civic organizations, etc., is carried on by social workers in the anti-venereal clinics. The doctors in each community are frequently visited and informed about our daily cli-

nical services; cooperation is offered in the caring for their destitute patients, and help whenever possible, in solving the social problems that these patients present in relation with the private practice of medicine. In exchange, the reporting of new cases is requested from the physicians, so as to compile statistics with the greatest possible accuracy in regard to the incidence of these diseases on each community. During the past year 1939-1940, 97 physicians on the Island have reported a total of 14,372 new cases of syphilis, and 56 physicians have reported 3,237 new cases of gonococcic infections as shown in the following tables:

TABLE I
NUMBER OF PHYSICIANS REPORTING NEW SYPHILIS CASES FROM
JULY 1st, 1939 to JUNE 30, 1940

REPORTING PHYSICIANS		: Num. of New Cases of Sy-	
Type	:	Number	: philis Reported
Public Health Units	:	26	: 1574
Venereal Disease Clinics	:	32	: 11072
Medical Rural Centers	:	10	: 704
Public Charities	:	10	: 455
Privates	:	13	: 326
Others	:	5	: 241
Total — — — — —	:	96	: 14372

TABLE II
NUMBER OF PHYSICIANS REPORTING NEW G. C. CASES FROM
JULY 1st, 1939 to JUNE 30, 1940

REPORTING PHYSICIANS		Number : Cases Reported	
Type	:	:	:
Public Health Units	:	10	: 37
Venereal Disease Clinics	:	27	: 3093
Medical Rural Centers	:	3	: 7
Public Charities	:	5	: 11
Privates	:	8	: 29
Medical Institutions	:	3	: 60
Total — — — — —	:	56	: 3237

In the obtention of new patients, the Social Service of the Venereal Disease Clinics is charged with the organization of special surveys in factories and public schools. These, of course, are carried out in strict cooperation with the rest of the clinic's personnel so as to prevent patients from dropping treatment. The Social Service is entrusted with the admission of patients, thus providing an advantageous contact from the psychological angle, which aims to create a feeling of confidence and to adjust our specific objectives to the private needs of the patient. In this sense, Social Service in our clinics has aided in the admittance of 15,271 patients during the year, and although 12,004 of them prematurely dropped treatment, 4,872 were readmitted to the clinics and treatment re-instituted. The tracing and readmission of these last cases called for 14,338 visits to the homes by the Social Agents.

The epidemiological work done by the Social Service in our clinics is of incalculable value for the control of venereal diseases.

This type of work, however, requires knowledge of the etiology, the source of contagion and the means of propagation of the diseases. It also calls for a great deal of ability and *savoir faire*, especially in procuring information as to contacts and sources of infection. The strictly confidential nature of these data is emphasized and the patients are aided in bridging the natural difficulty and reticence that inhibits them from revealing facts of vital importance for the control and prevention of disease. Likewise, difficulties arising from family interferences are eased; and confused and erroneous ideas are clarified and corrected. In this way, we try to make out of every patient a cooperator in the campaign for the control and eradication of venereal diseases. The earnestness with which this epidemiological angle has been considered could be judged by results obtained during this year as shown in the following table:

TABLE III
EPIDEMIOLOGIC STATISTIC (JULY 1st, 1939 to JUNE 30, 1940) SHOWING
CASE-FINDING AND FOLLOW-UP ACTIVITIES WITH SYPHILIS
PATIENTS

CONTACTS		PATIENTS REGISTERED AND DELINQUENT PATIENTS	
	No.		
Total No. inform	44,932	Total patients registered	27,102
No. of contacts of contagious cases examined	8,184	New patients registered	15,271
No. contacts positive	2,703	Total treatment administered	266,623
No. positive contacts under treatment	2,161	Total delinquent patients	12,004
No. visits to contacts	11,039	No. readmitted	4,872
		Visits to delinquent patients	14,338

It is of the highest advantage for our campaign to make the patient conscious of his disease, of the way through which he acquired it, how it could have been avoided, and the manner in which further contagion can be prevented. Without an adequate social service staff educated to this task, the handling of our problem could be materially handicapped.

Social service in the Venereal Disease Clinics cooperates also in the activities of other Bureaus of the Health Department,

specially with the other medical services of the Public Health Units, with the Bureau of Tuberculosis, with the District Hospitals and with the Bureau of Infant and Maternal Hygiene. With this last, we hope to attain very close mutual cooperation and we feel confident that through this cooperation we will contribute a tangible share toward the fostering of health for our future generations, similarly to what is being done in other civilized countries.

Douglas and Birkelo, in an evaluation of the clinical use of the 4 x 5 inch film in photography of the fluorescent screen image, found the method is accurate to a high degree when compared to full-size roentgenograms. The error was only 2.6% in the detection of 271 active tuberculosis cases found in 1,610 individuals examined. 36th. Ann'l Meeting of National Tuber. Assn., 1940.

In no place is tuberculosis at so low a level that we may safely, and in the interest of economy, relax the intensity of the tuberculosis control program. On the contrary, because the opportunity for real control of the tuberculosis situation seems more encouraging than ever, this is the time to intensify efforts rather than relax them. Harry Mustard, M. D.

FIEBRE REUMÁTICA: MI EXPERIENCIA SOBRE SU INCIDENCIA, MANIFESTACIONES IMPORTANTES Y TRATAMIENTO*

M. PUJADAS DIAZ, M. D.

Santurce, P. R.

El objeto de esta conferencia es discutir brevemente con ustedes algunos aspectos interesantes de esta importante enfermedad, que, aunque no tan frecuente en los países cálidos como el nuestro, deja siempre aparecer sus estragos de vez en cuando en nuestros niños y adultos.

Aunque existe cierta confusión en relación a los efectos del clima como factor predisponente de la fiebre reumática y sus complicaciones cardíacas, casi se asegura ya que la humedad es en realidad un factor causal importante. En Inglaterra se marcan las áreas húmedas como las más frecuentes, y en los Estados Unidos aparece menos la fiebre reumática en los estados del Sur, y menos aún en aquellos estados del Sur que tienen un clima seco. En el Norte el azote es fuerte, y para evitar repeticiones se aconseja a los afectados a trasladarse a los lugares secos del Sur, y ya se menciona nuestra isleta junto a Texas, Nuevo México, Arizona, California, etc., como sanatorios apropiados para la fiebre reumática.

Con toda esa impresión del clima, no obstante, la verdad es que la fiebre reumática aumenta en algunos sitios y en otros disminuye como por arte de magia. Aquí mismo la vemos cuando menos la esperamos. Personalmente he visto en los últimos dos años cuatro casos no importados, un adulto y tres niños, uno de 2 años y los otros dos mayores de 10 años.

La opinión general es que la fiebre reu-

mática ha disminuido posiblemente porque se extirpan en el presente más tonsilas durante el período de la niñez.

Albert O. Kaiser¹ en un estudio comparativo de 2,200 niños operados de amígdalas con igual número de controles, tres y diez años después de la operación, encontró que los primeros ataques de manifestaciones reumáticas ocurrieron entre el 30 y el 50% menos frecuentes en los niños operados.

Pemberton,² después de estudiar 400 casos de artritis en el ejército, encontró un foco de infección en un 72% de los 400. Las tonsilas fueron el sitio de la infección en el 52%; los dientes en el 33.5% y las vías urinarias en el 12.5%. Llegó a la conclusión que la enfermedad apareció con más frecuencia en aquellos previamente atacados y que la exposición fué un factor causal en el 50% de los casos; que las partes más frecuentemente envueltas fueron las rodillas, tobillo, caderas y hombros en el orden mencionado; que una articulación severamente afectada mejoraba grandemente antes de enfermar la otra; que la extirpación del foco de infección apresuraba el restablecimiento. También notó este autor una baja tolerancia del azúcar en los casos que implicaron las infecciones locales antes dichas.

C. F. Coombs,³ se muestra convencido de que la causa del reuma en los niños proviene de defectos de herencia y ambiente combinados, de modo que permita una invasión de organismos a través de las amígdalas en por lo menos una tercera parte de

* Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 10, 1939.

los casos. También apunta Coombs que las lesiones del reuma afectan el corazón, las articulaciones, las meninges, los tejidos subcutáneos y aún los pulmones; que el daño ocasionado es mucho más difuso que lo que antes se pensaba. Coombs no recuerda de un solo caso de fiebre reumática que no mostrara la consiguiente evidencia de complicación cardíaca.

T. F. Mackie⁴, estudió 393 casos de fiebre reumática, 789 de corea, y encontró que la fiebre reumática en el 70% de todos los casos era una enfermedad crónica caracterizada por repeticiones de síntomas agudos como fiebre, artritis y leucocitosis; que serías complicaciones cardíacas ocurren en el 68% de todos los casos, sin tener en consideración la edad; que la edad es un importante factor en el pronóstico, puesto que bajo los quince años existe la incidencia más alta de los primeros ataques de complicación cardíaca y de la susceptibilidad a las repeticiones; que cerca de 78% de todos los pacientes a esta edad, presentan evidencia de carditis en el primer ataque y sólo después de los 25 años la incidencia de la complicación cardíaca cae bajo 50% en el primer ataque de fiebre reumática; que la extirpación de tonsilas infectadas y tratamiento apropiado para otros focos de infección reduce, pero no elimina la incidencia de la repetición de la fiebre reumática. Encontró además este autor, que mientras más joven es el paciente en su primer ataque de reuma, mayor es la probabilidad de repetición del ataque, y que el 93% de los pacientes que han tenido el primer ataque entre los 5 y los 10 años, tienen repeticiones de condiciones agudas.

A todos nos es familiar el cuadro de fiebre reumática con su artritis migratoria, su cardiopatía, sus dolores y fiebre.

Esos dolores cuando se combinan con fiebre y taquicardia deben guiarnos a una seria investigación del caso y hacernos las si-

guientes preguntas: ¿Se trata de reuma agudo o crónico? ¿Es específico? ¿Es o no tuberculoso? ¿Es una infección debida a algún foco en los dientes, tonsilas, senos de la cabeza, cavidades, vesícula biliar, apéndice, colon? ¿Es de origen metabólico debido sólo a deficiencias en el sistema endocrino? ¿Está complicado por infecciones del colon o de algún otro sitio del cuerpo?

Pienso que la prueba de sedimentación de la sangre pueda ayudarnos a dilucidar la duda. Si esta es acelerada, no es específica de fiebre reumática aguda, pero sí indicativa de una infección aguda. Y si se trata de fiebre reumática al menos nos dice que el proceso es activo. No obstante, una prueba de sedimentación normal no podría considerarse como una evidencia absoluta de que el proceso está inactivo, ya que otros factores serios como signos de progresiva complicación cardíaca podrían presentarse más tarde. También en casos dudosos, el uso de los salicilatos podría ser de alguna ayuda. Sabemos que dolores articulares aliviados por los salicilatos son usualmente de etiología reumática. Y para este fin de prueba terapéutica la dosis de los salicilatos deberá ser suficiente para ser efectiva. Yo he seguido la siguiente norma, tomada de la experiencia de otros: 10 gramos 0.65 c.c. por 10 libras de peso dado en dosis divididas en un período de 24 horas. Algunos pacientes (pocos) requieren más, otros menos, para aliviar los dolores. Cuando se necesita más de 30 gramos debe combinarse con un alcalino como bicarbonato de soda o citrato de potasa.

Kaiser⁵ sugiere el uso de carbonato de magnesio en partes iguales con los salicilatos, con resultados brillantes para aliviar los dolores de la enfermedad, pudiendo confirmar la eficacia de este procedimiento.

También yo he usado piramidón, especialmente en los dolores abdominales, aunque con la precaución debida para evitar

una posible agranulocitosis que pudiera ocasionar esta droga. El piramidón podría substituir los salicilatos cuando estos se hacen intolerables para el paciente.

Hanzlik y sus asociados hicieron un estudio comparativo de casos tratados con o sin salicilatos. Sus informes indican que los salicilatos no poseen ninguna acción específica en fiebre reumática. En algunos pacientes en quienes los síntomas persistieron, aunque en forma moderada, después de tratarse con antipiréticos y analgésicos no salicilados, los salicilatos mostraron dar un alivio más permanente. En general, yo creo que los salicilatos deben considerarse como remedios sintomáticos que pueden administrarse con bastante seguridad en dosis grandes combinadas con alcalinos, como dijéramos antes, y para la mejor defensa de los riñones.

Además yo he usado la inmovilización y protección de las articulaciones afectadas, fomentos de alcohol con agua al 1 por 3 y mejor que nada la diatermia *ad libitum*.

Extirpación de focos de infección, eliminación general y mucho descanso —el mayor posible— desde el primer momento, a fin de proteger el corazón. También usé en mi último caso la bendita droga, el pron-tylin o sulfanilamida, pues lo atribuí al estreptococo hemolítico en unas tonsilas muy sépticas mediante examen de cultivo.

No he usado la vacunación intravenosa estreptocócica sugerida por H. J. Swift y W. G. W. Wilson.⁶

Respecto a la alimentación mi impresión es que no deben darse carnes durante el proceso, y por un corto período durante la convalecencia; creo es un error eliminarlas por largo tiempo. Huevos, leche, vegetales verdes y cereales deben constituir la principal alimentación. Más tarde pescado y carne una vez al día deberán permitirse al enfermo.

Es importante que el corazón se vigile

cuidadosamente por señales de endocarditis, aunque bien sabemos lo difícil que es averiguar esta condición. Si pudiera apreciarse se aplicará hielo a la región precordial, descanso exagerado, algún estimulante si fuera necesario y la eliminación inmediata de los salicilatos.

Como dijéramos antes, algunos creen que el corazón queda envuelto en todo caso de fiebre reumática, otros creen que pueden haber casos en que no ocurra daño alguno al corazón. La verdad es que en algunos pacientes la complicación cardíaca ocurre al principio, en otros es gradual y pasan años antes de que aparezcan señales demostrativas de tal complicación, y en otros nunca se desarrolla ninguna afección al corazón. Creo que ante tal situación es necesario estar siempre a la expectativa, efectuando exámenes periódicos durante por lo menos seis meses, cuando el proceso haya cedido. Estos exámenes no sólo deberán ser clínicos, sino con la ayuda de electrocardiograma, el cual habrá de revelar ciertas anomalías como las de un tiempo de conducción retardado.

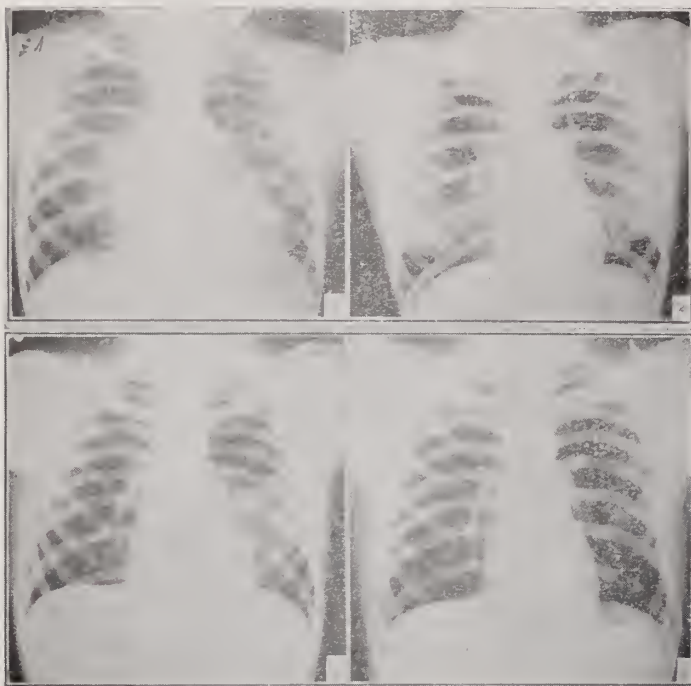
Una prolongación del tiempo de conducción ocurre en 10 ó 20% de los casos. En un niño de 10 años 0.18 sec. debe considerarse como el límite superior normal. Un tiempo de conducción de 0.20 es evidencia definitiva de anomalía cardíaca, a pesar de que un electrocardiograma normal no constituye prueba positiva de que no haya complicación cardíaca. Anormalidad en las ondas "F", aunque no tan frecuentes, son también indicativas de complicación cardíaca.

La primera evidencia clínica de anomalía cardíaca es a menudo el desarrollo de un murmullo de insuficiencia mitral que se oye bien en el ápice. Pero cosa rara es que el pronóstico de este murmullo no signifique que el caso no pueda recuperar sin novedad alguna y desaparecer sin ulteriores

consecuencias.

Las hipertrofias cardíacas son muy frecuentes en los casos de fiebre reumática. Dichas hipertrofias ocurren como medios de defensa para evitar una dilatación. Apare-

cen en el proceso activo de la infección debido a lesiones vasculares y luego van cediendo gradualmente con tratamiento adecuado hasta la normalidad. Los siguientes son buenos ejemplos de lo expuesto:



1—Hipertrofia.

2—Descenso de la hipertrofia después del tratamiento.

1—Hipertrofia.

2—Descenso de la hipertrofia después del tratamiento.

SUMARIO

1—Tonsilas, dientes y senos infectados no deben tolerarse, especialmente en niños bajo concepto alguno. Otros factores o focos de infección que pudieran causar la fiebre reumática con la seria complicación del corazón deben ser eliminados y deberán tenerse muy en cuenta por el médico que practica la medicina general o el internista.

2—Los efectos de incapacidad de la fiebre reumática ocurren durante el período de la actividad de la enfermedad. Cuando el proceso es inactivo no ocurre daño alguno y las perspectivas son buenas. Por lo tanto, lo más conveniente es poner bien al

enfermo a la mayor brevedad.

3—El reconocimiento y tratamiento temprano de la enfermedad, mientras el proceso se inicia y el daño cardíaco es poco, ofrece las mejores esperanzas para contrarrestar la infección o aminorarla.

4—El mejor remedio a la mano es mantener el caso en cama en descanso absoluto hasta que todos los síntomas de la infección hayan cedido. Debemos aceptar el hecho de que si todos los niños afectados de artritis fueran tratados con largos períodos de descanso, las complicaciones cardíacas podrían evitarse.

BIBLIOGRAFIA

1. *Kaisser, Albert O.*, Jour. Amer. Med. Assn., Sept. 20, 1930, pp. 837.
2. *Pemberton*, Handbook of Therapy, page 228, Rheumatic Fever.
3. *Coombs, C. F.*, Brit. Med. Jour., Feb. 8, 1930, pp. 227.
4. *Macfie, T. F.*, Amer. Jour. Med. Sc., Aug. 1926, pp. 199.
5. *Kaiser*, Amer. Jour. of Pediat, 8; 41; 1936.
6. *Swift, H. J. y Wilson, W. G. W.*, Jour. Amer. Med. Assn., June 28, 1930, pp. 2091.

Treatment of older patients suffering from tuberculosis is one of our major problems in the eradication of the disease. A third of the patients in sanatoria are over forty years of age. Temporary forms of collapse treatment in older patients are less apt to be successful than the permanent form provided by thoracoplasty. One-hundred-sixty-two patients between the ages of 40 and 65 treated by thoracoplasty showed improvement of 84%, with 35% returning to work. Richard H. Overhold, M. D., Amer. Rev. of Tuber., Feb., 1940.

The individual physician must protect the families in his care, and through them the community, by urging physical examination of domestic employees. Repeated emphasis on the necessity of this should result in the earlier diagnosis of tuberculosis and in the prevention of exposure to infants and children from this source of infection. An annual health certificate declaring freedom from syphilis, gonorrhea and tuberculosis should be the requisite for the position of nursemaid. David V. Shar, M. D., Journal-Lancet, June 1940.

LA RAZON BIOLOGICA DEL CANCER

RAMON T. COLON, M. D.

Mayagüez, P. R.

El cáncer, a manera de las bacterias, los parásitos, hongos, y otros organismos que atacan el cuerpo humano, es una entidad biológica y como tal debe ser estudiada. Como éstos, ataca animales superiores produciendo enfermedad y muerte. Considerándole desde este aspecto, debemos estudiar las razones biológicas fundamentales que le dan fuerza y animan su existencia con características tan perjudiciales para el organismo que le da albergue.

Observaciones sobre la célula cancerosa se han hecho tanto *in vivo* como *in vitro*. El cáncer ha crecido y se ha desarrollado en el tubo de ensayo a la vista del observador y su conducta es igual en muchos aspectos a la de otros organismos observados en el laboratorio. Tiene vida independiente que se puede mantener en condiciones ambientales favorables. Sus funciones fisiológicas son simples, primitivas; y, a pesar del conglomerado de células, cada una de ellas mantiene una independencia absoluta. Esta es una de las características fundamentales a que más tarde me quiero referir.

Aunque parezca atrevido, yo afirmo que el cáncer es una entidad biológica que aún no ha sido clasificada. Pertenece al reino animal, y podría clasificarse dentro de los protozoarios si no fuera por la división mitótica de sus células que es patrimonio de la materia más especializada.

Conocemos a ciencia cierta que el cáncer es una agrupación de células que se derivan de los tejidos de la víctima donde se aloja; que tienen un inmenso vigor de crecimiento y reproducción no poseído por el tejido normal y solamente comparado con el del tejido embrionario. No tienen un plan determinado de conformación ni tie-

nen un fin específico dentro de la economía del cuerpo. Ellas no se agrupan para formar órganos ni tienen labor determinada como las células hepáticas o renales. Simplemente están agrupadas en la condición de colonia. De acuerdo con la teoría Darwiniana todas las evoluciones son lentas en la naturaleza; sin embargo con medios artificiales la transformación de una especie se puede acelerar prodigiosamente. El cáncer nos presenta un ejemplo de una mutación brusca y violenta, hasta ahora no conocida ni estudiada. Tenemos que admitir la existencia de este fenómeno, puesto que hemos admitido que la célula cancerosa se deriva de los tejidos normales; y por lo tanto, hay un punto donde tenemos que profundizar, a saber: las causas que provocan esta metamorfosis violenta y si cabe dentro de las leyes fundamentales de la biología un hecho tan inaudito.

Todos los naturalistas están de acuerdo en que la vida hizo su aparición sobre la tierra en la forma de organismos unicelulares, como los protozoos. Estos en una evolución progresiva adquieren el hábito de vivir en colonias, como el *Volvox* y la *Giardia*. En la colonia las células están agrupadas pero cada una mantiene su independencia fisiológica. No existe la especialización de tejidos. Si una parte de ella es segregada da origen a otra nueva colonia. Si se divide en múltiples partes cada una de éstas forma nueva colonia. Por lo tanto la colonia, podríamos decir que goza de una semi-inmortalidad. Una forma más compleja de vida resulta cuando las células dentro de la colonia empiezan a especializarse. Un grupo de ellas se especializa en nutrición y otro en repro-

ducción. Las de la periferia se especializan en locomoción. Aquí ya existe la interdependencia de grupos. En los animales superiores la célula ha perdido su autonomía como entidad viviente al constituirse en tejidos especializados, dependiendo para su existencia del funcionamiento normal de otros tejidos.

La célula, y así digo, toda la materia viviente, está sometida a dos fuerzas diametralmente opuestas: La fuerza de la herencia y la fuerza de la evolución. La primera es una fuerza centrípeta, la segunda es una fuerza centrifuga. Una aleja la materia de su origen primitivo; la otra trata de traerla hacia el punto de partida de la evolución. Existe una especie de equilibrio entre estas dos fuerzas con una resultante que es la marcha progresiva de la materia animada hacia la perfección de las formas. La perfección es un término relativo porque depende de la adaptación de la forma al ambiente. Formas perfectas para determinado ambiente, pueden venir a ser imperfectas si éste cambia y ellas permanecen estacionarias. Los dinosaurios tenían configuración perfecta para la época en que vivieron. Hoy ésta resulta completamente inadecuada.

La herencia ha dejado sus impresiones en el protoplasma desde que éste apareció por primera vez sobre el planeta. Por eso han quedado indelebiles en la célula todas las peripecias de la evolución acaecidas durante el curso seguido por la materia animada en su evolución desde la forma primitiva hasta las formas más evolucionadas de nuestros días. En los cromosomas hay reminiscencias de todas las formas de vida anteriores.

Si en cualquier momento la evolución dejara de actuar y la herencia pudiera ejercer su fuerza sin oposición, podría, de un tirón, llevar a la materia animada al punto de partida o a etapas intermedias. En

ciertas ocasiones la herencia se duerme o se debilita, por decir mejor, y la herencia actúa libremente haciendo retroceder una forma; hecho que conocemos con el nombre de atavismo. En los animales domésticos y las plantas se observan frecuentemente casos de atavismo. La célula, como unidad universal, está expuesta a las transformaciones más frecuentemente que las especies organizadas.

En las bacterias, seres unicelulares, observamos con frecuencia mutaciones exageradas. La teoría de De Vries, o la teoría de mutación de la especie es muy conocida y aplicada en bacteriología. Una especie puede transformarse en otra especie distinta con actividades fisiológicas distintas al ser sometida a un cambio de ambiente. Esta especie, así adquirida, al someterse a sus condiciones normales de vida, vuelve a reconquistar las características perdidas tornando a la especie originaria.

En embriología hay una teoría muy interesante: La Teoría de la Recapitulación. De acuerdo con ella, el feto en su gestación pasa por todas las etapas evolutivas por que ha pasado la especie a que pertenece. Imaginemos que por cualquier causa la gestación hiciera un alto en cualquiera de esas etapas evolutivas, resultaría de ese feto un animal de una especie distinta. Le llamaríamos un monstruo o cualquier otro nombre, pero puede que sea un representativo de una especie no existente. La célula, como más universal, que las formas organizadas, tiene una recapitulación que se remonta a épocas muy primitivas y puede dar origen a formas de vida extraordinarias.

El huevo fertilizado tiene un poderoso vigor de reproducción. Primeramente se divide en dos células iguales; después en cuatro; y así, sucesivamente hasta que forma lo que se llama la mórula. La mórula es una colonia de células y, como tal, goza

de los privilegios de esta forma. Decimos que la mórula es "tuti potente" porque cualquier parte de ella puede dar origen a un individuo. Si se divide en dos partes iguales da origen a dos seres iguales. Si se divide en tres da origen a tres seres iguales. Por ésto se explica la formación de gemelos del mismo sexo. Esta misma propiedad la encontramos en la colonia de los protozoarios y volvemos a encontrarla en la colonia de las células cancerosas.

Para desatarse la potencia procreativa del huevo no es imprescindible la fertilización. La partenogénesis artificial, practicada en los insectos y los reptiles, prueba que hay sustancias químicas que pueden desatar esta potencia reproductora. Esta generación asexual no es otra cosa que una regresión hacia hábitos poseídos por los antepasados primitivos de los insectos.

Si a todas estas transformaciones está sometida la vida, no es de extrañar que las células de un tejido, por un acto de mutación brusca en condiciones ambientales favorables, adquieran de súbito, una independencia típica de la célula de la colonia protozoaria o retrocedan a la condición de la mórula embrionaria, convirtiéndose en "tuti potente" y con un poderoso poder de reproducción. El cáncer es una colonia de células, agrupadas sin fin determinado, según hemos expuesto. Cada célula mantiene independencia absoluta. Cualquier fragmento de tejido canceroso puede dar origen a otro cáncer.

La célula cancerosa se divide por mito-

sis pero es una mitosis modificada donde a veces faltan algunas de las fases de ese proceso. La mitosis puede ser retardada o acelerada por sustancias químicas como la colchicina, y el vigor procreativo puede ser activado por secreciones internas como sucede cuando las secreciones del *Corpus Luteum* activan el desarrollo de las mamas durante el embarazo.

Por lo expuesto vemos que las células cancerosas, en sus actividades fisiológicas no han contravenido ninguna de las leyes fundamentales de la biología, sino que se ciñe a ellas como toda otra forma de la materia viviente. Se derivan de una célula madre que lleva impresas en su protoplasma la herencia de una evolución infinita y sus descendientes por esta misma fuerza de herencia pueden retroceder a cualquiera de las etapas evolutivas. Puede sobrevenir un atavismo exagerado dependiendo su alcance de las condiciones ambientales que lo provoquen. Necesidad de adaptación han provocado este cambio inaudito. Substancias químicas pueden alterar el ambiente, agentes físicos, secreciones internas del organismo, mal posición de un tejido, cambios esenciales en el protoplasma como cuando se origina una nueva especie, cambios en el metabolismo, células embrionarias que por quedar fuera de su sitio normal no han podido obtener la madurez necesaria para cumplir con las funciones a que fueron destinadas, todas estas condiciones pueden originar y ser causas de un cáncer.

LA LITERATURA MEDICA

Sir Robert Hutchinson, M. D., presidente del Royal College of Physicians británico fué el encargado de pronunciar el discurso en memoria de David Lloyd Roberts ante la Sociedad Médica de Londres en noviembre 16 del año próximo pasado. El tema que escogió Sir Robert fué el del epígrafe. Por crecerlo de eterna actualidad para el público médico hemos traducido a continuación algunos de los párrafos del sabroso discurso.

L. M. M.

“Lo primero que impresiona al que examina la literatura médica contemporánea es su volumen. No hay más que entrar a cualquier biblioteca médica grande para ver los cientos de revistas que ocupan las mesas de lectura y los miles de libros que llenan los anaqueles, en tal profusión que uno no puede menos de sentirse sorprendido —tal vez anonadado. El profesor Bulloch que ha examinado este asunto con gran detenimiento calcula que en la actualidad se publican en el mundo más de 5000 revistas médicas de diversos tipos. Hay quienes suben la cifra hasta 7000. Y el número de libros de medicina es, por supuesto, mucho mayor.

Esta enorme proliferación, este crecimiento pululante y fungoide resulta ser un estorbo, a la vez que un peligro. La sola cuestión de almacenaje ya constituye de por sí un problema. No es de extrañarse, pues, que las revistas médicas sean lanzadas, como lo son, al carro de la basura, semanalmente, por toneladas.

Todo el que hurga en esa mole sabe que cada día se hace más difícil hallar la aguja en el pajar, y separar la semilla de la broza. Puede decirse que los hechos, en

vez de ser publicados para que de ellos quede constancia permanente, quedan sepultados por esa avalancha de papel. No es de fácil solución el problema de la gran mayoría de nosotros, los que leemos solamente para aprender y para mantenernos al tanto de las actualidades científicas.

¿Cómo remediar la situación?

¿Aeaso tendremos que permanecer cruzados de brazos mientras contemplamos cómo se ahoga la ciencia en sus propias secciones? ¿No podríamos en alguna forma mitigar siquiera el mal? Y de no ser esto posible ¿de qué manera podríamos individualmente sacarle el mayor provecho a la literatura médica sin ser abrumados por ella?

Hay quienes obvian la dificultad mediante el sencillo procedimiento de hacer caso omiso de todas las publicaciones médicas, en su totalidad. Recuerdo a este respecto el caso de un colega —un médico, por cierto, muy leído— a quien fuí a visitar en su casa. Pude ver, regadas por el piso de su biblioteca, un gran número de revistas médicas que aún estaban envueltas en sus respectivas fajas. Al preguntarle a mi amigo que por qué las tenía allí si no intentaba leerlas me respondió que las usaba para espantar al gato. No cabe duda de que las revistas resultar muy útiles para este fin; pero no puede uno mantenerse, con impunidad, permanentemente ignorante de la literatura médica.

La labor del cazador literario se simplificaría notablemente de publicarse periódicamente más abstractos del tipo del *Zentralblatter* o del *Jahresberichte*, publicaciones alemanas. Lo ideal sería, desde luego, una especie de *clearing-house* central internacional en la que se encargaran de revi-

* Véase Hutchinson, R., *Medical Literature*, Lancet 237: 1059-1062, Nov. 18, 1939.

sar toda la literatura médica periódica del mundo. Los peritos encargados de esta tarea luego habrían de clasificar los trabajos, y de hacer resúmenes de aquellos que fueran aportaciones originales para diferenciarlos de los puramente didácticos o meramente repetitivos. De este modo se extraería la médula de toda la literatura, para ser presentada en forma legible.

Muy diversos son los motivos que hay para escribir artículos médicos. Algunos son razonables y plausibles. Otros no lo son. Algunas de las buenas razones son, por ejemplo, la necesidad de dejar sentados los resultados de experiencias y de observaciones nuevas, y el impulso didáctico. El deseo de prestigio y de prioridad son malas razones. Recuerdo haber estado presente, hace muchos años, en una reunión de la British Medical Association en la que el extinto Dr. Lawson Tait exclamó mientras agitaba en alto un ejemplar del órgano oficial de aquel augusto cuerpo: "¡Yo divido, señores, esta revista en dos partes: la de los anuncios *intra*-profesionales y la de los anuncios *extra*-profesionales!"

Huelga tentar y estimular a la gente para que escriba, pues que con eso no se hace más que meterles malas ideas en la cabeza. Entre los estímulos innecesarios yo incluiría todos los discursos ceremoniales y académicos, todas las disertaciones presidenciales y todas las oraciones conmemorativas —tales como ésta, por ejemplo. De seguro debe haber algún otro medio, para recordar a los muertos, que no sea el de aburrir a los vivos.

De cómo regular la producción

En primer lugar debe implantarse y ponerse en práctica un estricto sistema de control de la natalidad en lo que respecta a nuevas revistas médicas. En segundo lu-

gar sería muy posible, en muchos casos, combinar varias de las revistas ya existentes. Y en tercer lugar, algunas de éstas podrían ser totalmente suprimidas.

El medio principal de limitar la avalancha de literatura médica contemporánea superflua será el de ejercer severamente las funciones de editor. Cualquiera que tenga que leer un gran número de artículos para resumir lo que en ellos haya de valor se convencerá de esto enseguida. Casi todos los artículos son demasiado largos.

La aridez de la literatura médica.

En cuanto a su contenido resultan generalmente los artículos médicos pesados y aburridos. Llámale a uno la atención la gran profusión de datos y la relativa ausencia de ideas, generalizaciones e hipótesis. Hay, en otras palabras, demasiado acopio de observaciones y exposición de hechos y muy poca reflexión. Por eso es por lo que se asemeja tanto la literatura médica a un montón de ladrillos sin cemento para mantenerlos unidos. Son pocas, en verdad, las personas que tienen la habilidad de hacer generalizaciones amplias; pero los escritores médicos deberían, por lo menos, inyectar mayor cantidad de imaginación en sus escritos, para que no siga pasando lo que por desgracia está sucediendo actualmente: que una gran parte de la literatura médica es tan deplorablemente árida.

Esta aridez resulta verdaderamente curiosa si nos damos cuenta de lo enormemente interesante que puede hacerse cualquier tema médico. Tomad, por ejemplo, la biografía de un eritrocito, desde que nace en la médula ósea. Seguidlo en sus peregrinaciones capilares y en sus aventuras por la corriente sanguínea, hasta su normal envejecimiento y su fin: bien sea hallando su sepultura normal en el bazo, o cuando pe-

rece trágicamente en una hemorragia. Pues bien: esto que podría convertirse en una vívida Odisea ¡cuán seco y aburrido suena en un texto de fisiología, tan árido, estéril, tan seco y polvoriento como las arenas del Sahara! Es que los médicos escritores le temen no sólo a lo romántico, sino que huyen de lo humorístico también. Todos parecen creer que se les exige aridez en sus producciones literarias. Y no se dan cuenta de que es muy probable que un escritor no domine realmente su tema hasta que no pueda bromear acerca de él. Hasta entonces, el tema lo habrá dominado.

Falta de estilo

Además de pecar de prolija y oscura la literatura médica exhibe demasiado a menudo una patética falta del sentido de buen estilo, y a veces hasta de gramática. Como literatura dista mucho de alcanzar la exce-

lencia que tuvo durante el siglo pasado. No se escriben ahora libros de texto como los de Michael Foster, Fagge o Sir William Osler. Los escritores médicos no son, en su mayoría, escritores de experiencia, y es por eso precisamente por lo que deberían poner el mayor esmero y cuidado en lo que escriben.

Podría argumentarse contra todo esto que, después de todo, lo que menos importancia tiene en los escritos médicos es el estilo pues se leen principalmente por su fondo y no por su forma. No hay duda de que este punto de vista es demasiado superficial. Como bien dijo Allbutt, "el hombre de ciencia es quien mejor debe saber que el estilo y la materia no pueden divorciarse con más facilidad que el hueso de la piel; y si escribimos torpemente, desaliñadamente o deshilvanadamente, es porque así mismo es como pensamos."

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII SEPTIEMBRE, 1940. Número 9

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes:

El sábado 14 del cursante mes celebróse en el edificio de la Asociación la reunión ordinaria mensual de la Directiva y Consejo de esta institución, conjuntamente con el Presidente del Comité de Reglamento, estando presentes los siguientes compañeros:

Dr. O. Costa Mandry

Dr. M. Pujadas Díaz

Dr. R. Mejía Ruiz

Dr. Héctor Bladuell

El principal asunto tratado en esta reunión lo fué las enmiendas sugeridas a la Constitución y Reglamento de la Asociación por el Comité de Reglamento, que preside el Dr. Héctor Bladuell, siendo todas dichas enmiendas discutidas y aprobadas después de hacer a las mismas unas cuantas variaciones.

Luego el Presidente de la Asociación informó brevemente sobre los adelantos reali-

zados en la organización de la próxima asamblea, y fueron aprobadas varias solicitudes de ingreso.

Reunión Extraordinaria de la Cámara

El sábado 21 del cursante mes reunióse en la Casa-Alcaldía de la ciudad de Ponce, en sesión extraordinaria, la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, habiendo asistido los siguientes miembros:

Dr. O. Costa Mandry

Dr. David E. García

Dr. R. Mejía Ruiz

Dr. Eduardo R. Pérez

Dr. Miguel F. Godreau

Dr. William R. Gelpí

Dr. Lorenzo Balasquide

Dr. Pedro A. Castaing

Dr. José N. Gándara

Dr. Laureano Trelles

Dr. Severo Torruellas

Dr. Juan Mimoso

Dra. Carmen Troche de Mejía

Dr. Hilton López

Encontrábanse también presentes en esta reunión de la Cámara los siguientes compañeros:

Dr. Héctor Bladuell, Presidente del Comité de Reglamento

Dr. Osvaldo Goyco, Dr. E. Costas Purcell y Dr. Leandro Santos, miembros del Comité de Recibimiento de la Asociación Médica del Distrito de Ponce.

La reunión dió comienzo a las 4:00 de la tarde, procediendo el Sr. Presidente a informar ampliamente sobre todas las gestiones por él realizadas en cuanto a la "Defensa Nacional". Una vez que hubo hecho una exposición detallada de todos los pasos que se han dado para conseguir colocar a la

clase médica en condiciones de poder desarrollar una labor eficiente en relación con los trabajos de reclutamiento y en cualquier emergencia que pudiera surgir, el presidente contestó todas las preguntas que le fueron formuladas por miembros de la Cámara en relación con este problema.

Hizo el Dr. Costa Mandry constar en acta su satisfacción por la labor realizada por el delegado de nuestra Asociación a la Asociación Médica Americana, Dr. de la Pila Iglesias, así como también por la pronta contestación que la gran mayoría de los miembros de la profesión había dado al cuestionario enviado por el Comité de Preparación Médica para la Defensa Nacional de la Asociación Médica Americana, y a las otras comunicaciones que les han sido enviadas con relación a este problema.

Luego el presidente informó a la Cámara de los preparativos que se han venido haciendo en relación con la próxima asamblea anual de la Asociación, y obtuvo el consentimiento de la Cámara para que este año dicho acto se prolongue por 4 días con la idea de que las cuestiones administrativas puedan resolverse durante los primeros dos días y los restantes dos se dediquen exclusivamente a la celebración de actos científicos.

Inmediatamente después se trajo a la consideración de la Cámara el problema de la práctica ilegal de la profesión, rindiéndose por el presidente un informe breve de lo hecho hasta ahora y esbozándose el plan por medio del cual se espera poder resolver esta cuestión en breve tiempo. En torno a este asunto se hicieron distintos comentarios muy interesantes por varios de los compañeros presentes.

Finalmente fueron traídas a discusión las enmiendas que el Comité de Reglamento ha sugerido para la Constitución y Reglamento de la Asociación.

El Dr. Bladuell, presidente del Comité

de Reglamento, hizo un breve resumen de las distintas enmiendas presentadas, exponiendo en cada caso los puntos de vista que habían motivado la enmienda.

Con muy raras excepciones la mayoría de las enmiendas presentadas fueron consideradas aceptables por todos los compañeros presentes, pero siendo éste un asunto que debido a una disposición reglamentaria no podía quedar definitivamente resuelto en esta reunión, se decidió dar las enmiendas por presentadas, a fin de que en una próxima reunión de la Cámara puedan éstas ser discutidas y aprobadas finalmente, y dar de este modo más tiempo a todos los delegados para que estudien con más detenimiento esta cuestión y en la próxima reunión estén en condiciones de poder aceptar o rechazar las enmiendas de referencia.

La reunión terminó a las 5:30 dentro de un espíritu de franca cordialidad, pasando todos los presentes al hogar del presidente de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, nuestro buen amigo el Dr. William R. Gelpí, donde fueron todos galantemente obsequiados por el estimado compañero y su gentil esposa, hasta las primeras horas de la noche.

Asociación Médica del Distrito de Ponce:

Con una de las más nutridas y entusiastas concurrencia que hasta ahora hemos presenciado en asambleas de distrito, llevóse a efecto el domingo 22 de los cursantes, la asamblea anual científica de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, que preside el querido amigo Dr. William R. Gelpí.

A las 10:15 de la mañana, y en la Casa Alcaldía de la ciudad de Ponce, dió comienzo la asamblea. En primer término el Dr. Gelpí puso en uso de la palabra al Presidente de la Asamblea Municipal de dicha población, quien dió la bienvenida a todos

los presentes a nombre del pueblo ponceño, así como también a nombre del Hon. Alcalde, quien se vió privado de asistir al acto debido a una súbita enfermedad.

Luego el Dr. Gelpí dió lectura a una resolución aprobada por la Junta Administrativa de la ciudad de Ponce, declarando huéspedes de honor a los miembros de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica, que se había reunido en sesión extraordinaria el día anterior, así como a todos los médicos que asistieran a esta asamblea, enya resolución, incluimos en otra página de este mismo número.

Acto seguido se procedió a la presentación de los trabajos científicos que a continuación expresamos, todos los cuales dieron margen a distintas discusiones:

- 1.—Un aspecto de la dieta de las embarazadas en relación con el parto, Dr. L. A. Balasquide.
- 2.—Úlcera Péptica perforada con presentación de un caso, Dr. Américo Serra.
- 3.—Military Medicine, Capt. H. W. Doan.
- 4.—Etiology and Epidemiology of Acute Diarrheal Diseases, Dr. A. V. Hardy.
- 5.—Tratamiento del Empiema por el Neo-Prontosyl intrapleural, Dr. L. A. Passalacqua y Dra. Catalina Scarrano.

Una vez terminada la parte científica los concurrentes trasladáronse al Hotel Meliá, donde todos fueron obsequiados con sabrosos cocktails y un exquisito almuerzo. A la hora del brindis hicieron uso de la palabra los doctores Gelpí, Goyco, Martínez Rivera, Bladuell, González Martínez, Gándara, Salazar, Sanjurjo, Doan, de Jesús, Rigau, Rodríguez Molina y Costa Mandry, expresando todos, en síntesis, su satisfacción por haber participado de esta espléndida fiesta

científico-social.

El Boletín, que siempre acoge con natural regocijo la celebración de estos actos de carácter científico-social, no solo porque de ellos nutre en gran parte sus páginas, sino también por su valor al progreso científico de nuestra clase, desea hacer llegar por medio de estas líneas su más cálida felicitación a todos los compañeros que participaron en el programa científico, y muy especialmente al Dr. Gelpí y a los demás compañeros de Ponce que cooperaron en la organización de este acto para obtener el triunfo que obtuvieron, y que ha puesto una vez más de manifiesto el gran amor y devoción que han puesto estos jóvenes médicos en la realización de la obra que les ha sido encomendada.

Asamblea Anual:

Siguen llevándose a efecto, con gran entusiasmo, los preparativos para la próxima asamblea anual de nuestra Asociación. Ya se han recibido varios temas científicos y es de esperarse que dentro de breves días ya se haya completado todo el programa científico.

Aquellos compañeros que aún no han enviado los títulos de los trabajos que se propongan presentar, están aún a tiempo de poderlo hacer antes de que se reúna el Comité Científico para distribuir los turnos en las diferentes secciones del programa.

Asociación de Tisiólogos Puertorriqueños:

El domingo 15 del cursante mes celebró asamblea en el pueblo de Fajardo la Asociación de Tisiólogos Puertorriqueños. En esta reunión, a la que concurren compañeros especialistas de toda la isla, se discutieron asuntos de interés general para la buena marcha de esta naciente institución, realizándose asimismo un lucido acto social.

Dr. Oscar Costa Mandry:

El jueves 26 del cursante mes embarcó hacia los Estados Unidos en viaje de estudios nuestro buen amigo, el Dr. Oscar Costa Mandry, presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Además de las gestiones oficiales que habrá de realizar para el Departamento de Sanidad Insular, el Dr. Costa Mandry se propone visitar eminentes profesionales del continente para invitarles a asistir a la próxima asamblea anual de nuestra Asociación.

Deseamos al querido amigo el mayor éxito y una muy grata estadía en el continente.

Dr. P. Morales Otero:

En viaje de placer embarcó hacia el norte el día 5 del mes en curso nuestro estimado colega, el Dr. Pablo Morales Otero.

Deseamos al amigo una muy grata permanencia en el continente.

Dr. Ramón M. Suárez:

El jueves 12 del cursante mes embarcó hacia los Estados Unidos, acompañando a su hijo, el distinguido amigo Dr. Ramón M. Suárez.

El Dr. Suárez espera estar de regreso a nuestra isla a mediados del próximo mes de octubre.

Deseamos al querido amigo un viaje feliz y el mejor éxito en el propósito de su viaje.

Dr. Julio R. Rolenson:

El sábado 14 del mes en curso embarcó hacia los Estados Unidos en compañía de su distinguida esposa, el estimado colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Un feliz viaje deseamos a tan distinguidos viajeros.

Dr. R. Rivera Aulet:

El jueves 12 del presente mes embarcó hacia el Norte, el querido amigo de la ciudad de Arecibo, Dr. R. Rivera Aulet, presidente de la Asociación Médica de aquel distrito.

Muy gratas impresiones durante su estadía en el continente deseamos al estimado colega.

Dr. Julio C. Roca:

En viaje de placer, y acompañado de su distinguida esposa, embarcó el jueves 19 del cursante mes hacia los Estados Unidos, el querido amigo cuyo nombre encabeza esta nota.

Un feliz viaje deseamos al amigo Roca y a su señora esposa.

Dr. Mario Juliá:

También embarcó hacia los Estados Unidos el 19 de los cursantes, en compañía de su distinguida esposa, el querido compañero de esta capital, Dr. Mario Juliá.

Los esposos Juliá van al continente en viaje de placer, y son nuestros deseos que gocen a plenitud de su permanencia en el continente.

Dr. James A. Doull:

Tras una permanencia en nuestra isla de aproximadamente un mes, durante la cual realizó estudios relacionados con la Lepra en nuestra isla, embarcó de regreso al continente, el jueves 19 del cursante, el querido amigo Dr. James A. Doull, Profesor de Bacteriología, Higiene y Salud Pública en la "Western Reserve University" de Cleveland, Ohio.

Dr. Francisco Bonelli:

Con fecha 20 del cursante mes falleció en el pueblo de Cayey la esposa del querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Deseamos hacer llegar por medio de estas líneas, al querido amigo Dr. Francisco Bonelli, así como a los demás familiares de la finada, nuestra más sentida expresión de condolencia.

Exámenes de Reválida:

Del 3 al 7 del mes en curso, el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, celebró en el edificio de nuestra Asociación exámenes de reválida, habiendo concurrido los siguientes candidatos:

Dra. Catalina Searano
 Dr. Raúl R. Acosta
 Dr. George L. Kraft
 Dr. Mario J. Tomasini
 Dr. Leopoldo García
 Dr. Roberto Francisco
 Dr. Rurico S. Díaz
 Dr. Pedro Orpi
 Dr. Augusto Perea
 Dr. R. Rovira
 Dr. Rafael Ferrer Santana

 Dr. Luis R. Guzmán
 Dr. Francisco Picó

Estos últimos dos candidatos solamente tomaron la primera parte de los exámenes.

Nuevos miembros:

Recientemente han hecho su ingreso a nuestra colectividad los siguientes compañeros:

Dr. Patrick Joseph Sullivan, de Utuado
 Dr. Agustín Pietri, de Ponce
 Dr. Jaime L. Costas, de Juncos
 Dr. Adolfo Bernabe, de San Juan
 Dr. José R. Ramos Mimosa, de Bayamón

Para todos nuestra bienvenida más cordial al seno de nuestra Asociación.

Cambios de residencia:

Ultinamente se han registrado los siguientes cambios de residencia:

Dr. Jeramfel Cordero, de Juncos a Cayey.

Dr. Jesús M. Quiñones, de Barceloneta a Santurce.

Dr. E. Martínez Rivera:

El Dr. E. Martínez Rivera, Editor-en Jefe de esta publicación, y quien hasta hace poco desempeñó la plaza de Director de la Unidad de Salud Pública de San Juan, ha pasado a desempeñar el cargo de Director Auxiliar de las Unidades de Salud Pública del Departamento Insular de Sanidad.

Reciba el querido compañero nuestra más sincera felicitación por tan merecido ascenso.

Dra. Marta Robert de Romeu:

El jueves 26 del presente mes embarcó hacia los Estados Unidos en gestiones oficiales de su cargo de Jefe del Negociado de Salud Maternal del Departamento Insular de Sanidad, la distinguida compañera cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

Un feliz viaje y mucho éxito en sus gestiones deseamos a la estimada amiga.

Dr. Ernesto Quintero:

También embarcó el día 26 hacia los Estados Unidos en gestiones oficiales de su cargo de Jefe de la División de Enfermedades Venéreas del Departamento Insular de Sanidad, nuestro querido amigo y colaborador, el Dr. Ernesto Quintero.

El Dr. Quintero va a Hot Springs, en Arkansas, donde tomará un curso especial en sífilis y enfermedades venéreas, auspiciado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, y luego visitará los departamentos de Sanidad de Boston y Nueva York, con el propósito de estudiar los nuevos procedimientos puestos en práctica por estas instituciones para el tratamiento y control de las enfermedades venéreas.

Mucho éxito en sus gestiones y una grata permanencia en el continente deseamos al querido amigo.

Distinguidos visitantes:

Recientemente pasaron una corta temporada en nuestra isla los doctores George

Saunders y Ricardo Guinto, miembros de la "American Leprosy Foundation". Los doctores Saunders y Guinto colaboraron con el Dr. Doull en el estudio que recientemente realizara dicho compañero en relación con el problema de la Lepra en nuestra isla.

Dr. George W. Bachman:

Se encuentra por los Estados Unidos, disfrutando de unas cortas vacaciones, el estimado amigo Dr. George W. Bachman, Director de la Escuela de Medicina Tropical.

Una grata permanencia en el continente deseamos a tan distinguido amigo.

RESOLUCION DE LA JUNTA ADMINISTRATIVA DEL MUNICIPIO DE PONCE, DECLARANDO HUESPEDES DE HONOR A LOS MIEMBROS DE LA CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA Y A LOS DEMAS MIEMBROS DE LA ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO DE PONCE, EN LA ASAMBLEA QUE SE CELEBRARA EN ESTA CIUDAD DURANTE LOS DIAS 21 Y 22 DE SEPTIEMBRE DE 1940

POR CUANTO: La Asociación Médica del Distrito de Ponce celebrará su asamblea anual durante los días 21 y 22 de septiembre de 1940, en el Salón de Actos de la Casa Alcaldía de esta ciudad.

POR TANTO: RESUELVESE POR LA JUNTA ADMINISTRATIVA DEL GOBIERNO MUNICIPAL DE PONCE, P. R.

Sección 1ra. DECLARAR, como por la presente se declara, huéspedes de honor de la ciudad de Ponce, a los miembros de la Cá-

mara de Delegados de la Asociación Médica y a los demás miembros de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, en la asamblea que se celebrará en esta ciudad durante los días 21 y 22 de septiembre de 1940.

Sección 2da. Que copia certificada de esta resolución sea remitida al Presidente de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, para su conocimiento.

Sección 3ra. Esta resolución empezará a regir inmediatamente después de su aprobación.

Sección 4ta. Esta resolución deroga o anula cualquiera otra ordenanza o acuerdo que a la misma se opusiere.

Aprobada por el voto unánime de todos los miembros de la Junta Administrativa presentes en la sesión celebrada el día 19 de septiembre de 1940.

(Fdo.) *Guillermo Hoyos*
Secretario Municipal Interino

ABSTRACTS OF PAPERS PRESENTED AT THE THIRTY-SIX ANNUAL
MEETING OF THE NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION, CLEVELAND OHIO, JUNE 3 TO 6, 1940

TUBERCULOSIS IN MENTAL INSTITUTIONS

*M. Pollak, M. D., A. V. Hummel, M. D.
and J. L. Turow, M. D.
Peoria, Ill.*

This report deals with a survey conducted from October 1, 1937 to December 22, 1939 at the Peoria State Hospital, an institution with an average daily census of 2,575 patients.

The hospital has maintained a tuberculosis division since 1905. Yet, the X-ray examination of the 56 patients carried as tuberculosis on this division disclosed the fact that nine of these, or slightly over 16% had no parenchymal lesion. Thus of the 2,510 patients in the hospital on the first day of the survey only 47, or 1.87%, were known to have tuberculosis.

In the course of this study 2,156 inmates, 766 newly admitted patients, and 477 employees were surveyed. The percentage of positive tuberculin reactors was 94.69% among the inmates, 80.64% among the newly admitted patients and 57.37% among the employees.

The percentage of the tuberculous was 11.22% among the inmates, 7.44% among the newly admitted patients, and 1.79% among the employees. The proportion of the tuberculous was found to be increasing among the inmates and employees in accordance with the length of residence and service, respectively.

The prevalence of tuberculosis among the newly admitted patients and the proportional increase of the disease according to the length of residence of the patients,

makes it evident that a large number of patients are admitted to the hospital without their disease being diagnosed, and that an additional large number develop tuberculosis while in residence at the hospital, again without anyone becoming aware of this fact.

No particular preponderance of tuberculosis was found among the various psychotic groups. The largest number was discovered among the schizophrenics, simply because nearly 66% of the inmates belonged to this group.

A comparison of surveys conducted in similar institutions by various investigators disclosed the fact that the percentage of the tuberculous varies in the different hospitals even where the examinations were made by the same personnel in a state—or province-wide survey. It must be assumed, therefore, that distinct differences exist either in the management of these institutions or in the type of patients admitted, or in both.

A systematic tuberculosis control program instituted in mental institutions will benefit not only the patients themselves, but also will prevent the disease from spreading (1) to the healthy personnel of these institutions, and (2) to the families and communities of those psychotics who are discharged and permitted to return home.

CHEMOTHERAPY OF TUBERCULOSIS:

A REVIEW

*H. J. Corper, M. D., Ph. D.
Denver, Colo.*

In spite of the fact that the scientific medical world cannot point with assurance to an efficient specific chemotherapy in tuberculosis in the terms of a magna sterilisans, it can take just encouragement from the valuable and almost inconceivably gigantic efforts put forth to gain knowledge in this complex field. To the novice, the literature of the forty years of this century alone is staggering and conflicting in opinions. To those skilled in true evaluation, however, one of the most fascinating pictures of medical progress is depicted, built on major failures which challenge not only success but even elucidation. Thus the road is paved toward more intelligent trials which in time probably will present the key to the efficient annihilation of the tubercle bacillus in the body. Coupled with lack of knowledge of the biology of the tubercle bacillus itself in the past, the remarkable physical and chemical resistance of this organism has made the trial of chemotherapy a herculean task even for those who have not faltered in their continued confidence and efforts toward ultimate success with the apparently inexhaustible field of chemistry as a weapon.

A detailed consideration of this subject would be entirely beyond the possibilities of this review, but the major accomplishments of the past two decades will be presented. Three important groups of chemical compounds were studied more exhaustively during this time. For two special reasons, probably the most prominent among these are the compounds belonging to the chaulmoogra oil series: (1), these compounds are significant because of their

use in treating leprosy, a disease supposedly allied closely to tuberculosis, this treatment dating back to ancient times; and (2), they presented a basis for use, begun on a purely empiric foundation, and challenged chemical solution of the observed action. Unlimited possibilities appeared to exist also for re-enforcing the effects scientifically in order to promote a greater efficiency in therapeutic action. Such study led to startling chemical and bacteriological revelations, which are not exhausted even yet.

The second group of compounds belongs in the category of heavy metals and has been of interest since the early nineties when Koch found extremely small amounts of gold retarded the growth of tubercle bacilli. The zenith of gold therapy was attained in the early twenties when Mollgaard presented sanocrysin as a magna sterilisans for tuberculosis. However, present evaluation suggests gold only as a stimulation therapy, playing its part through the predominant intervention of the reticulo-endothelium at best.

Until the advent of prontosil and sulfanilamide, the third important group of chemical compounds to be considered, chemotherapeutists were at a loss to indicate any bacterial disease in which chemotherapy had been sufficiently successful to warrant placing hope in this type of therapy in any major infections. Though still not explained entirely satisfactorily, the initial signal successes of these compounds in streptococcus and other infections in animals and man again stimulated hope among chemotherapeutists interested in tuberculosis. Some of the early experimental reports on tuberculosis, guardedly presented by investigators, appeared highly encouraging from certain animal experiments. It seems unlikely now that these effects are of the nature of a magna sterilisans or even a

stimulation therapy. These apparent findings, noted especially with prolonged and large dosage, can be considered best as a result of a toxic suppressive effect on the re-active tubercle forming cells or tissues.

With all this, no one can doubt, however, that pronounced progress has been made, especially in the methods of evaluation and in discerning the pitfalls of possible misinterpretation. The progressive chemotherapist in tuberculosis is encouraged to continue his efforts by noting the successes in other infections and with the aid of the inexhaustible possibilities of modern synthetic chemistry.

Various phases of the chemotherapy of tuberculosis will be discussed by Drs. Charles Boissevain, Henry C. Sweany, and Le Roy Gardner as participants of this review.

THE DECLINE OF THE TUBERCULOSIS DEATH RATE UP TO 1940 AND THE OUT-LOOK FOR THE FUTURE

*Louis I. Dublin, Ph. D.
New York, N. Y.*

The campaign against tuberculosis in the United States has been eminently successful. The death rate from tuberculosis will this year fall below 45 per 100,000 of population. This will represent a decline of 37 per cent in the last ten-year period and of 61 per cent in the last twenty years. For white persons who represent 90 per cent of our population, the rate will be well below 40, perhaps as low as 36 per 100,000. Probably not less than eleven states will show rates of 30 per 100,000 or less. In the total rural population covering 57,000,000 lives, the rate will be slightly over 40 and this only because of the very high rate of the colored. A considerable number of cities of good size now have rates close to 30, although the average for the large cities

of the country is considerably higher. Among white women, as a group, the rate is now of the order of 30 per 100,000 and is probably less important than diabetes as a cause of death; in fact, it will be the eighth or ninth cause of death in the list this year.

The disease is distinctly on the run and could be substantially eradicated in a relatively few years if we would concentrate our health and medical forces against what remains of it. This is the time for an intensive drive against the entrenched areas where the disease has until now resisted control. This means that much more effort must be directed against tuberculosis among the colored population, among those engaged in certain hazardous industries and occupations, among young women in the childbearing ages and above all, the campaign must be intensively organized on all fronts in those states and cities where the tuberculosis rate is still high.

The campaign against the disease has been a relatively feeble effort except in a small number of demonstration areas where extraordinary successes have been achieved. By and large, we have not utilized our knowledge in a directed campaign. Only a fraction of cases have been discovered and recorded and that holds true also for the dangerous open cases, the sources of infection. In a large part of the country, where the disease is still prevalent, sanatorium and hospital beds are too few to isolate and care for the early hopeful and the later stage dangerous cases. Scarcely anywhere in the country has there been developed an effective rehabilitation and after-care program. As a result there is a large wastage of our hospital and sanatorium facilities. A large proportion of the cases arrested by the sanatoria come back for treatment in advanced stages because of lack of post-sanatorium care.

In spite of these obvious defects of the tuberculosis movement, the disease is continuing to decline to the point where it will ultimately be substantially eradicated. There are already too few open cases to replace those that pass out through death and through arresting of the disease. If we wish to expedite this process of control and bring it to a successful realization within ten or at most twenty years, we must increase the pressure and sustain it where the disease is still entrenched. We must do nothing less than launch the full plan as outlined by Homer Folks and obtain the added resources of trained personnel, of medical facilities and above all, the intelligent support of an informed public. The disease will not prove to be a difficult one to conquer if we really mean business.

STUDY OF THE AFTER HISTORY OF PATIENTS DISCHARGED FROM SANATORIA

Terry C. Foster
Washington, D. C.

This study was undertaken because of the need for greater definite knowledge regarding the problem of the rehabilitation of the tuberculous and more definite data regarding trends in mortality and life expectancy of patients discharged from tuberculosis sanatoria and hospitals. The National Rehabilitation Bureau has done some experimental work with the rehabilitation of the tuberculous, often with very discouraging results. If the Bureau were to extend its activities in this field, it seemed necessary to have more knowledge as to what types of cases could benefit most from the assistance which the bureau offered.

Accordingly, the National Rehabilitation Bureau and the National Tuberculosis Association undertook jointly this factual

study of the after history of groups of patients discharged from sanatoria. Adult, pulmonary cases, sixteen years and over, cared for in public sanatoria were selected for the study. All such cases discharged alive in 1933 were followed up in 1938 and their present status and experience in intervening years were obtained. The study covered 75 sanatoria in sixteen states and the District of Columbia.

The data from the sanatorium records were first obtained on a specially prepared form. The follow-up was done by local tuberculosis workers, and the fact that, five years after discharge only 17 per cent had been entirely lost sight of bears testimony to the zeal with which this part of the study was pursued.

There were in all 6,906 individual records of patients discharged alive in 1933. Five years later, in 1938, 3576 or 52 per cent were alive; 2,170 or 31 per cent had died; and 1,160 or 17 per cent had been entirely lost sight of.

The age of the patients fell into the usual classifications. The largest group was found to be in the age periods 20 to 24 and 25 to 29, 42 per cent falling into these ages. As regards the sexes, 58 per cent were women and 42 per cent men.

The survival over the five-year period according to age groups shows that the group between 20 and 25 has the best chance of surviving if age alone is considered, since 57 per cent of them were living on the survey date. The next most fortunate group is the youngest patients, namely from 16 to 19 years who had a survival figure of 54 per cent.

According to stage of disease, they were divided as follows: minimal cases on admission, 14 per cent; moderately advanced, 38 per cent; and far advanced, 48 per cent.

According to their educational back-

ground as taken from the sanatorium records the largest group, 1,732, or 25 per cent, had completed the school grades seven to nine. The next largest group were those who had completed two to four years of high school, comprising 17 per cent. Three per cent had not gone further than the third grade and 9 per cent had finished anywhere from fourth to sixth grade. About 4 per cent had had some college training. However, these percentages are only relative because for 41 per cent the sanatorium record did not carry any information about education.

When it came to additional educational training in the sanatorium, the records showed that very little was done along this line, 85 per cent having no training of any kind in the sanatorium. For 13 per cent there was no report on this point and only 1.2 per cent had vocational training, and less than 1 per cent had academic training in the sanatorium.

After discharge the picture is slightly better although not at all encouraging. Fifty-seven (57) per cent had no training after discharge; for 38 per cent there was no report on this point; and less than 1 per cent had academic training. The most encouraging figure of this series is one of 3.8 per cent which was the figure for those who had some vocational training after discharge.

Sixty-four (64) per cent of the patients were discharged with advice of the sanatorium staff; 30 per cent against advice; and the remaining 6 per cent for disciplinary or other reasons.

The figures regarding length of stay in the sanatorium vary widely, but nearly one-third had been in the sanatorium over

a year, and this was reflected in the present status since those with a stay of one year or more had the best percentage of surviving cases in 1938.

The information regarding re-admissions is somewhat discouraging. Forty-six (46) per cent had no re-admissions; for 27 per cent there was no report on this time, leaving 27 per cent, or better than one in four of all the cases studied, which had one or more re-admissions to sanatoria.

CONSTITUTION AND DIET IN TUBERCULOSIS

Fred H. Heise, M. D.
Trudeau, N. Y.

In the experience of some who have studied the epidemiology of pulmonary tuberculosis, some individuals though seemingly intimately exposed to tuberculosis in the family escape infection with the tubercle bacillus though other members of the family do not. And, too, those who treat tuberculosis have seen early lesions of the disease progress unfavorably in spite of all efforts made to combat it. Some forces seem to be at work which determine the susceptibility of an individual to infection and more particularly to the development and progress of the disease which are not simple expressions of intimacy and frequency of contact and the dose of the infecting organism. Among those recognized of old but not well understood, even today, are the constitution of the individual, principally an hereditary factor, and the influence of the disease upon his economy, nutrition and growth. This latter we are now learning to realize is so much influenced by diet. Other factors undoubtedly have an influence but these will not be discussed.

Unless one looks upon man as a creature set apart from all other animal and plant life, one cannot escape the fact that by the application of purposeful breeding, characteristics and constitution can be produced differing decisively from the original parent stock. Experimental work with animals, the rabbit and mice for example, has shown that disease resisting properties can be bred throughout the generations even to relative if not absolute immunity. In plant life disease resisting offspring form the basis of new varieties to yield more generously per acre of cultivation. Even such humble life as earth bacilli when grown in symbiosis develop eventually into earth bacilli immune to their coinhabitants of the test tube, inhibiting and nullifying their growth through the development of antigenic or immune substances. In the human family one needs only to study the history of certain races exposed to tuberculosis over varying periods of time, to examine critically individual family trees over several centuries, or to study the difference between identical or single-egg twins and fraternal or double-egg twins in their behavior towards infection with the tubercle bacillus and the development of the disease. Remembering always that nature moves slowly and our term of life or that of a generation is but a very small portion of the time of life on earth and man's existence thereon.

Sex and age must also be looked upon as coming within the scope of hereditary factors, the biological and tissue reactions varying considerably accordingly.

Much credit is taken and rightfully so for our efforts in the prevention of infection with tubercle bacilli and the better care of patients. Are these efforts alone responsible for the reduced morbidity and mortality from tuberculosis? Experimental evidence supports the idea that a strong reinforcement has occurred in our better understanding of nutrition and our better use of diet.

While there is no proof that diet alone can cure tuberculosis or that deficiencies of specific diet factors can and do unquestionably harm the tuberculous individual (unless those deficiencies are marked) nevertheless an appreciation of the modern conception of nutrition does give proof of the general value of diet in health in tuberculosis and other diseases. Exception perhaps can be made about the direct action of the diet in intestinal and other non-pulmonary forms of the disease. Biological changes take place in tuberculosis as in other diseases and greater utilization of some nutrition factors takes place which may call for a more ample supply. Deficiencies in quantity as well as quality of food as is well known lead to general poor health and susceptibility to disease.

PREPARACION MEDICA PARA LA DEFENSA NACIONAL

De los 486 cuestionarios que fueron enviados a los médicos de Puerto Rico por el Comité de Preparación Médica para la Defensa Nacional de la Asociación Médica Americana, un total de 264, o sea el 54.3% habían sido devueltos el día 6 del cursante mes, ocupando Puerto Rico el cuarto lugar entre las zonas que mejor han respondido a este llamamiento.

El primer lugar lo ocupa la Zona del Canal, con un total de 115 respuestas a los 134 cuestionarios enviados, con un porcentaje de 85.8.

El segundo puesto corresponde al área del Séptimo Distrito Militar, integrado por los estados de Arkansas, Iowa, Kansas, Minnesota, Missouri, Nebraska, North Dakota y South Dakota, con un promedio de 64.6%, o sea 11,846 contestaciones a un total de 18,341 cuestionarios.

El tercero lo ocupa el área correspondiente al Quinto Distrito Militar, que lo integran los estados de Indiana, Kentucky, Ohio y West Virginia, con un total de 9,892 contestaciones a los 18,100 cuestionarios enviados, o sea 54.7%.

THESODATE

(B R E W E R)

INDICATED IN CORONARY ARTERY DISEASE AND EDEMA

The clinical experience of generations of physicians concerning the value of the Xanthines in the treatment of cardio-vascular renal disease has been recently confirmed by objective measurements (Riseman J.E.F. and Brown M. G. Arch. Int. Med. 60: 100, 1937.)

The comparative value of these preparations is summarized by their table which appears on Page 257 of the A. M. A. Journal for July 24, 1937.

These authors found Theobromine Sodium Acetate to be far superior to all other preparations of Theobromine, and as effective as the best of the Theophylline compounds.

Thesodate (Brewer) is an euteric coated tablet of Theobromine Sodium Acetate, and is available in the following dosage forms:

7½ grains—in bottles of 100, with or without phenobarbital ½ gr.

3¾ grains—in bottles of 100, with or without phenobarbital ¼ gr.

THESODATE Compound. Contains Theobromine Sodium Acetate 5 grs., Potassium Iodide 2 grs., Phenobarbital ¼ gr.—in bottles of 100.

Recent Developments in High Potency Vitamin D Therapy

DERATOL

(B R E W E R)

Each 3 minim capsule contains:

50,000 U. S. P. units Vitamin D

(Irradiated Ergosterol)

Indications:

For Rickets, Mal-Nutrition, Arthritis, Acne, Psoriasis and other conditions due to Vitamin D deficiency.

Sig: 1 or 2 capsules a day for 4 days. Then increase dosage 1 capsule per day every 4 days until maximum tolerance of patient is reached.

BREWER & COMPANY, INC.

Pharmaceutical Chemists

Established 1852

WORCESTER, MASS.

REPRESENTANTE:

S. R. ROSADO, Ph. G.

P. O. BOX 1291 — SAN JUAN, PUERTO RICO

En Afecciones Oftálmicas



Método práctico para la aplicación continua de la solución de ARGYROL al ojo. Estando el paciente en posición reclinada, se le forma alrededor del margen orbital, con cera o parafina, o simplemente con masilla ordinaria, un reborde a modo de copa, para retener la solución de ARGYROL.



Entonces se llena con solución de ARGYROL el depósito artificial así formado, y se dan instrucciones de renovar la solución a ciertos intervalos. De este modo pueden emplearse soluciones hasta de 25 a 50% por ciento. Esto permite lavar el ojo continuamente con ARGYROL por períodos considerables, y ya se han obtenido resultados muy gratos, particularmente en casos de conjuntivitis purulenta. Por supuesto, hay que evitar el contagio del otro ojo.

ARGYROL PARA LA BACTERIOSTASIS CALMANTE

ARGYROL ha llegado a aceptarse como el agente bacteriostático y calmante ideal para el tratamiento de muchas afecciones oftálmicas. ARGYROL no sólo arresta la actividad de los agentes infecciosos, sino que además parece poseer la admirable propiedad de aliviar la inflamación y promover la curación. Sea cual fuere la concentración en que se use, el ARGYROL permanece siempre suave y no irritante. Y esta es una cualidad importantísima al tratarse de tejidos tan delicados como la conjuntiva ocular.

Pero debe advertirse que ARGYROL difiere física, química y terapéuticamente de otras sales proteínicas débiles. Otras preparaciones no contienen plata exactamente en el mismo estado activo, ni poseen el mismo grado pH y pAg controlado y constante. Y ahora el nuevo envase exclusivo de ARGYROL garantiza frescura y exactitud en cada solución. Para conjuntivitis, tracoma, catarro de Saemisch, queratitis, después de la extracción de cuerpos extraños, u otras condiciones oculares, prescriba usted el ARGYROL legítimo en su ENVASE ORIGINAL BARNES.

**ASEGURESE DE LOS RESULTADOS
ESPECIFIQUE EL ENVASE ORIGINAL**

ARGYROL

A. C. BARNES CO., INC.
NEW BRUNSWICK
N. J., E. U. A.

Desde hace 39 años
fabricantes exclusivos
de Argylol y Ovoferin

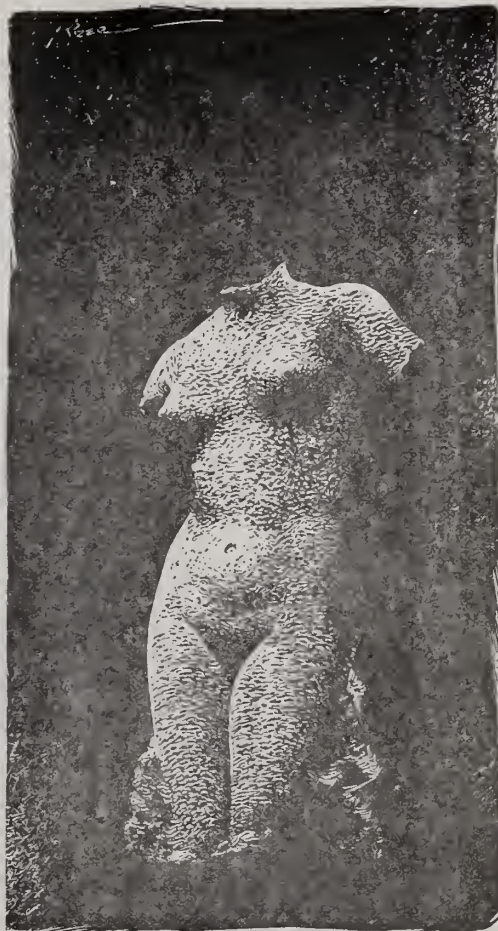
"ARGYROL"
es una marca de fábrica
registrada, propiedad de la
A. C. Barnes Company, Inc.



PICRATOL

(Picro de Plata)

de Wyeth



TRATAMIENTO EFICAZ PARA LA VAGINITIS POR TRICOMONAS

Dos insuflaciones con Polvo Compuesto Picratol (Picro de Plata) de Wyeth, en conjunción con el uso en casa de doce Ovulos Vaginales Picratol (Picro de Plata) de Wyeth, causan de ordinario la completa remisión de los síntomas de la vaginitis por tricomonas, eliminando los organismos que hayan en el frotis.

Los médicos encuentran que el Picratol (Picro de Plata) es fácil de usar en sus consultorios—es sencillo y eficaz para las leucorreas no-específicas.

El Picratol (Picro de Plata) de Wyeth ha sido aprobado por la Junta de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana.



JOHN WYETH & BROTHER
INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES WALKERVILLE SYDNEY

Lesiones de los
Deportes, de la
Industria y de
las
Ocupaciones



Aplicando Antiphlogistine sobre un codo relajado.

Muchos médicos y cirujanos se han manifestado entusiastas en cuanto el uso de la Antiphlogistine como apósito quirúrgico. Lesiones, tales como abrasiones y contusiones, se tratan excepcionalmente bien con su uso. Es un antiséptico inhibitorio que ejerce acción tónica sobre los capilares, favorece el proceso curativo, protege contra lesión posterior y ayuda a prevenir cualquier infección, inherente en una herida, de hacerse mayor. No causa dolor al aplicarla.

Antiphlogistine

- Muestra a solicitud -

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NUEVA YORK, E. U. A.
Francisco Garratón, S. en C.
P. O. Box 1541 -- San Juan, P. R.

COLE'S POSTA-COLE

EN LAS AFECCIONES GENITO-URINARIAS

Posta-Cole ha probado ser de gran utilidad en el tratamiento de varias condiciones génito-uritarias, particularmente las asociadas con dolor y micturici n frecuente. Cada tableta contiene $\frac{1}{2}$ gr. de extracto de Hiosciamo; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto Triticum; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto de equinácea; $\frac{1}{2}$ gr. de sulfato de cromo; y $\frac{1}{4}$ gr. de arbutina. Posta-Cole ejerce una acción diurética, narcótica y antiséptica sobre el tracto urinario. El Hiosciamo contenido es un sedativo y antiespasmódico efectivo en el sistema urinario, evitando el espasmo de la vesícula y del cuello de la vejiga. Como resultado de ésto, el malestar producido por los síntomas de urgencia, frecuencia y disuria es aliviado o evitado por completo.

Posta-Cole puede usarse favorablemente en el tratamiento de la gonorrea — en su estado crónico y sub-agudo— en la prostatitis y cistitis, también es de valor en las uretritis no específicas, así como también en la hipertrofia prostática.

COLE CHEMICAL CO.
ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donnell Núm. 12 — Apartado 1018 — San Juan, P. R.

INSIGNIAS DE MEDICO

Nuevamente tenemos en existencia las insignias para automóviles. Estos nuevos emblemas tienen el nombre de nuestra Asociación en español, y se venden al precio de \$2.50 cada uno.

Los compañeros asociados podrán obtenerlas en el edificio de la Asociación o por correo mediante el envío del importe de su orden.



ENTORAL

(VACUNA ORAL CONTRA
RESFRIADOS, LILLY)

EL 'ENTORAL' (Vacuna Oral contra Resfriados, Lilly) aumenta substancialmente los anticuerpos heterofilos en los individuos susceptibles a las infecciones del aparato respiratorio. Las desventajas de la administración pa-

renteral se eliminan, pudiéndose así utilizar dosis frecuentes para mantener la inmunidad.

'Entoral' se presenta por conducto de las farmacias y droguerías en envases de 20 y de 60 pulvules (cápsulas llenas).

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E.U.A.

12] NOV 1940

ASAMBLEA ANUAL: Diciembre 12-15

AÑO XXXII

OCTUBRE, 1940.

Número 10

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19.

Santurce, Puerto Rico.

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan,
Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



Página

Un aspecto de la dieta de las embarazadas en relación con el parto — Informe Preliminar, L. A. Balasquide, M. D., Ponce, P. R.....	353
Acute Perforated Peptic Ulcers with Report of a Case Com- plicated by Coexisting Acute Appendicitis, Américo Serra, M. D., F.A.C.S., Ponce, P. R.....	357
Military Medicine, Captain H. W. Doan, San Juan, P. R.	361
Constitución y Reglamento de la Asociación Médica de Puerto Rico.....	364
NOTAS EDITORIALES	
Nuestro homenaje al Dr. Francisco J. Hernández.....	377
Dr. Arthur C. Morgan.....	380
Circular de interés general.....	381
Plataforma de la A.M.A.....	382
Noticias Médico-Sociales.....	383
Abstracts of Papers on Tuberculosis.....	386

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

POR SU EFICACIA Y EXCELENTES RESULTADOS...

PARA LACTANTES
SANOS O
ENFERMOS
—
DIARREAS
—
TRASTORNOS
DIGESTIVOS
Y DEL HIGADO
—
ADULTOS

ELEDON, con o sin adición de Hidratos de carbono, se ha captado la confianza de la profesión médica. Ha venido a resolver en forma práctica y económica, la tan sentida necesidad de un babeurre fresco y de garantizada calidad.

ELEDON

UN PRODUCTO NESTLE

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol	0,125	grs.
Extracto de malta	16,000	"
Hipof. de manganeso	0,036	"
" " calcio	0,036	"
" " quinina	0,014	"
" " estrienina	0,004	"
" " potasio	0,052	"
Jarabe de cacao	30,000	"
Ext. fluído de naranjas amargas	1,000	"
V. c. s. para 100 cc. de producto.		

ANDROMACHUS CORPORATION
LONG ISLAND CITY, NEW YORK

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1088, San Juan, P. R.

BREVES APUNTES HISTORICOS ACERCA DEL CEREAL DE MEAD Y EL PÁBLUM

MANTENIÉNDOSE a la altura de los adelantos de la pediatría, la introducción del Cereal de Mead en 1930 señaló un nuevo concepto de la misión de los cereales en la alimentación infantil, pues en los 150 años anteriores a esa fecha, desde los días de la "papilla" y la "panada," no había habido mayor avance en la calidad nutritiva de los cereales destinados a alimentar a las criaturas, suministrándose principalmente por virtud de su contenido hidrocarbonado.

La fórmula del Cereal de Mead tenía por fin complementar la alimentación del lactante en sales minerales y vitaminas, y en particular hierro y B₁. Por dos ejemplos puede apreciarse lo bien que ha desempeñado esos propósitos:

(1) Basta con 5 gramos del Cereal de Mead para suministrar más de la mitad del hierro y más de la quinta parte de la vitamina B₁ que constituyen los requisitos mínimos de la criatura de 3 meses criada con biberón. (2) Quince gramos del Cereal de Mead suministran todo el hierro y dos terceras partes de la vitamina B₁ que representan los requisitos mínimos de la criatura de 6 meses criada al pecho.

Puede verse un signo de que la profesión médica reconoce la importancia de este aporte en el hecho de que el cereal ya forma parte de la alimen-

tación infantil desde el tercero o cuarto mes en vez del sexto al duodécimo como solía hacerse aún hace uno o dos decenios.

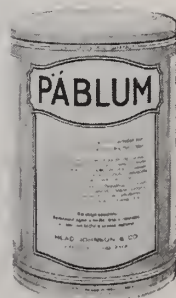
En 1933 la Casa de Mead Johnson y Cía. fué aún más allá, mejorando la mezcla Cereal de Mead mediante un procedimiento especial de cocción que permitía que el lactante la tolerara sin dificultad y a la vez eliminaba la necesidad de una cocción prolongada en la casa. El resultado ha sido Páblum, producto original que posee todas las virtudes nutritivas del Cereal de Mead y además ofrece la conveniencia de una completa cocción científica.

Durante los últimos diez años, dichos productos han sido utilizados en muchas investigaciones clínicas de varias fases de la nutrición, que han sido descritas en la literatura profesional.

En reconocimiento del espíritu progresista de la Casa Mead Johnson, muchos médicos especifican el PABLUM al recetar cereal para niños.

Páblum es una agradable mezcla alimenticia de cereales, enriquecida con vitaminas y minerales, y compuesta de harina (fécula de trigo), avena, harina de maíz, embrión de trigo, hueso de bovino, levadura de cerveza, hoja de alfalfa, cloruro de sodio y hierro reducido.

Al igual que todos los Productos Mead, el Páblum no se anuncia al público.



MEAD JOHNSON & COMPANY, EVANSVILLE, INDIANA, E. U. A.

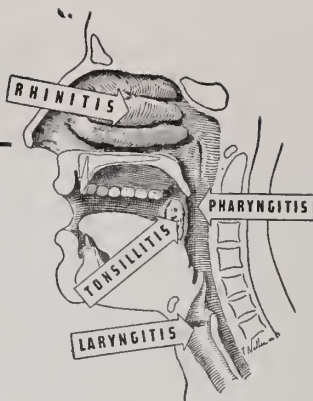
Apartado No. 3081, San Juan

ARGYROL

contra

la

Nasofaringitis



La incidencia de la neumonía y otras complicaciones serias resultantes de la nasofaringitis, alcanza su mayor frecuencia en marzo. Aunque no existe profilaxis positiva contra los resfriados que afectan la nasofaringe, mediante el uso oportuno de Argyrol puede obtenerse considerable alivio y protección contra las complicaciones.

Una solución al 20 por ciento, recién preparada y aplicada con algodón o rociada sobre las partes afectadas, generalmente reduce la inflamación, alivia el malestar inmediato, y evita las complicaciones más serias.

Si los senos nasales están afectados, el tapón de Argyrol (Dowling) ofrece alivio rápido y definido, por razón de su efecto local

detergente y descongestivo sobre la mucosa inflamada.

Argyrol posee propiedades únicas, debido a que ningún otro producto de plata contiene plata en el mismo estado químico y físico, ni proteína de la misma naturaleza y calidad. Jamás ha podido duplicarse el Argyrol química o físicamente; es la única sal de plata que no se vuelve irritante al aumentarse su concentración.

Para asegurar los resultados superiores que pueden esperarse solamente del genuino ARGYROL, especifique siempre ARGYROL de Barnes.

Argyrol fabricado solamente por A.C. Barnes Co.

A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.
Desde hace 39 años fabricantes exclusivos de ARGYROL y OVOFERRIN
ARGYROL es una marca de fábrica registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.

CURSOS POSTGRADUADOS EN CIRUGIA

por el *Prof. Julio L. Spivack* de Chicago y sus asociados en el

Hospital de Columbus Chicago, E. U.

El Prof. Julio L. Spivack, el conocido autor de la obra "Técnica Quirúrgica en las Operaciones Abdominales" que ha sido traducida al español ofrece un curso en cirugía que durará seis semanas. Este curso consiste de las materias siguientes:

- a. Anatomía Quirúrgica
- b. Técnica operatoria en cadáveres y perros.
- c. Diagnósis de los enfermos en el hospital.
- d. Observaciones de las operaciones ejecutadas por el Prof. Spivack y sus asociados.
- e. Patología Quirúrgica.
- f. Interpretaciones de rayos X.

Esta clase será limitada a 15 médicos solamente, que serán aceptados en el orden del recibimiento de las aplicaciones.

Este curso comenzará el *Primero de Febrero de 1941.*

El curso será presentado en español.

Para toda información perteneciente a este curso diríjase al

DR. J. L. SPIVACK

Columbus Hospital, 2548 Lakeview Ave.

Chicago, Ill. U. S. A.

DOBLE VENTAJA ...

ANALISIS

Materia grasa	12,0%
Materias proteicas ..	20,0%
Lactosa	30,0%
Maltosa-Dextrina	15,0%
Sucrosa	15,0%
Sales minerales	4,7%
Agua	3,3%

1 onza de "Nestógeno", en polvo, suministra 124 calorías.

LA leche "NESTOGENO" ofrece a los señores médicos dos ventajas: a) Reducido contenido de materias grasas, y b) la científica adición de cuatro diferentes azúcares nutritivos.

INDICACIONES: Para suplementar o reemplazar la leche materna desde el nacimiento. Para los distróficos, dispépticos y, en general, para los lactantes delicados. Para los prematuros y los intolerantes, siempre tan difíciles de alimentar. Para la alimentación infantil durante los meses calurosos, cuando el empleo de una leche semidescremada resulta muy conveniente.

NESTOGENO
UN PRODUCTO NESTLE

Alivia el Dolor Disipa la Congestión Reduce la Fiebre

Las propiedades descongestivas, anodinas y antifebriles de una cataplasma medicada se encuentran en

NUMOTIZINE

En condiciones tales como forunculosis, abscesos, inflamación glandular, torceduras, contusiones, afecciones del pecho, Numotizine aplicada sobre el área de la inflamación combina en sí el efecto descongestivo local de un emplasto y el efecto sistémico de la absorción lenta del guayacol y la creosota.



NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, E. U. de A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
CASTAGNET & CASTILLO CO. — Tanea No. 1 — San Juan, P. R.



★
**GEL DE HIDROXIDO DE
ALUMINIO DE WYETH**

AMPHOJEL

● La literatura médica contemporánea refleja la tendencia a reconocer el hidróxido de aluminio como el tratamiento sobresaliente para la hiperacidez, la gastritis y la úlcera péptica.

Los clínicos están de acuerdo en que los puntos más notables del AMPHOJEL son:

- **Pronto Alivio del Dolor.**
- **Seguridad.**
- **Ayuda a la Pronta Cicatrización de la úlcera péptica.**
- **Excelentes resultados en casos de úlcera sangrante (administrado por el método de "gota a gota").**

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

KAOMAGMA

Gel de Hidróxido de Aluminio de Wyeth



● KAOMAGMA, con su intensa acción flúida adsorbente, es valiosa para detener la diarrea; su efecto calmante la hace eficaz en el tratamiento de ese grupo de síntomas conocido como "colon instable", "colon irritable", "colitis mucosa", etc.

Se Ofrece en Dos Tipos

KAOMAGMA Simple
KAOMAGMA con Aceite
Mineral



CONTROL DEL MEJORAMIENTO

Bausch & Lomb tiene las facilidades de su propio Bureau Científico competentemente dirigido en el cual se prueban las innovaciones de aparente utilidad; se aceptan, modifican o rechazan; y se controla la producción de las que son aceptadas. El Bureau también tiene a su cargo la predeterminación de fórmulas para fabricar vidrio con propiedades especiales, y la supervisión de todo vidrio que se fabrica en la Fundición de Vidrio Bausch & Lomb.

Una de las normas bajo las cuales se concreta la producción, es la de "excelencia"; el nombre Bausch & Lomb tan sólo es adherido a los productos de la más alta calidad. Por esto, las instituciones científicas e industriales de todo el mundo han adoptado el uso de los instrumentos y cristales oftálmicos de origen B&L, de precio tradicionalmente equitativo. A petición enviaremos catálogos ilustrados.

H. V. GROSCH CO.
Comercio 21
SAN JUAN, PUERTO RICO

Bausch & Lomb

OBSEQUIO DE LA FARMACIA BLANCO

Cooperando con la Clase Médica por Sesenta Años

Advertencias Útiles para la Salud

Consulte al médico tan pronto se sienta enfermo. Casi todas las enfermedades atendidas a tiempo son curables.

Un examen médico anual o cada seis meses incluyendo otro examen por el dentista pueden proteger grandemente la salud.

No debe hacer caso de anuncios de medicamentos por profusos e insistentes que ellos sean si esos medicamentos no son prescritos por un médico, ni tomar productos glandulares o vitaminas si no son asimismo prescritos.

No se diagnostique ni permita que profanos le diagnostiquen; el médico es el que sabe diagnosticar.

El farmacéutico no debe recetar. No es su misión, ni está preparado para ello.

No se pregunte al farmacéutico lo que contiene la medicina prescrita por el médico, ni para qué sirve, pues él no debe decirlo.

Interésese por el estado sanitario de la población donde viva, coopere con las medidas públicas para reducir la mortalidad. Al público le concierne directamente que los encargados de la salud y limpieza públicas insulares y municipales, cumplan bien su cometido. No se repare en un presupuesto alto para Sanidad Pública si está bien administrado.

Procúrese que el servicio de la casa o los empleados de los establecimientos con quienes estemos en íntimo contacto gocen de buena salud y estén bien alimentados. Este asunto es importante, pues, protegiéndolos a ellos está protegido todo el mundo. Patrocínense establecimientos que le ofrezcan garantía absoluta de higiene y limpieza, para comprar medicinas y alimentos.

Si alguien ha sufrido en la casa u oficina de tifoidea o difteria cerciórese antes de reincorporarlo al servicio que no sea *portador* de la dolencia.

Evítese el polvo al barrer. No se permita que escupan en el piso.

Evítense ruidos innecesarios porque quebrantan el sistema nervioso.

Una buena salud empieza a cultivarse en los individuos desde antes de nacer. Buena alimentación bien equilibrada no cuesta mucho dinero; no todo lo que se anuncia es el mejor alimento. El médico puede dar un buen plan dietético de acuerdo con las condiciones de cada cual.

Si le interesan estas advertencias procure las anteriores en cualquiera de nuestras farmacias, en San Juan o en Santurce.

*Simplifícase la identificación de los tuberculosos
mediante el indoloro --*

ENSAYO TUBERCULINICO EN PARCHE (VOLLMER)

Lederle

EL "ENSAYO TUBERCULÍNICO VOLLMER EN
PARCHE *Lederle*" ha eliminado las dificultades inherentes del ensayo de Mantoux. Es fácil lograr la colaboración del niño y sus padres, pues el ensayo es

*INDOLORO, sin trauma de la piel por
escarificación, frotos o inyección;

*EFECTUADO SIN AGUJA u otro instru-
mento, el temor ya no es problema;

*LISTO para uso inmediato, ahorra tiem-
po;

*un SIMPLE artefacto compuesto de es-
paradrapo, artículo ya bien conocido
por los niños;

*EXACTO y sin peligro de infección
(nunca se ha observado reacción ge-
neral o focal.

El "Ensayo Tuberculínico en Parche (Vollmer)
Lederle" se suministra en envases de 1, 10 y 100 en-
sayos.

LEDERLE LABORATORIES Co.
CALLE SALVADOR BRAU NUM. 76
SAN JUAN, PUERTO RICO



Aplicase LUNES



Quítese MIÉRCOLES



Reacción positiva (si la hay)
VIERNES

SULFATHIAZOLE - WINTHROP

ANOTHER IMPORTANT CHAPTER IN ANTIBACTERIAL CHEMOTHERAPY!

The new sulfonamide derivative — Sulfathiazole — constitutes an additional triumph in chemotherapeutic research which will prove of great value to clinical medicine.

Numerous cases of pneumococcus pneumonia and of staphylococcus septicemia, which always has a grave prognosis, have responded with dramatic promptness to the curative action of this thiazole analogue of sulfapyridine. Sulfathiazole is usually administered in doses that are essentially the same as those of sulfapyridine, but it is more uniformly absorbed and has little or no tendency to cause serious nausea or provoke vomiting.

Sulfathiazole is effective also against other pathogenic organisms, but its general clinical application in such infections should await the published reports on various investigations still in progress.

SPECIFY SULFATHIAZOLE — WINTHROP

How Supplied: Sulfathiazole-Winthrop is supplied in tablets of 0.5 Gm. (7.72 grains), bottles of 50 and 500; also (*primarily for children*) in tablets of 0.25 Gram (3.86 grains), bottles of 50 and 500.

For preparing test solutions, Sulfathiazole-Winthrop is available in bottles of 5 Grams.



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.



SAMPLES AND LITERATURE ON REQUEST

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

21 Comercio St. - P. O. Box 402 - San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

OCTUBRE, 1940

Número 10

UN ASPECTO DE LA DIETA DE LAS EMBARAZADAS EN RELACION CON EL PARTO

INFORME PRELIMINAR*

L. A. BALASQUIDE, M. D.

Ponce, P. R.

La atenuación del dolor y el acortamiento del trabajo en el parto constituyen desde hace mucho tiempo dos de las más grandes preocupaciones de la ciencia obstétrica.

Cuando el acervo común de estos conocimientos sea realizado, se palpará la grandiosidad de la obra que el entusiasmo de los investigadores de todos los tiempos ha efectuado en la búsqueda incesante de medidas que dieran solución a estos problemas.

Basta en esta ocasión con citar siquiera sea someramente los procedimientos mejor conocidos en la actualidad: tales como la versión y extracción rutinaria de Potter; el uso de la pituitrina y drogas análogas durante el segundo estadio del parto; el forcep profiláctico de De Lee y el uso excesivo de analgésicos, para demostrar que la Ciencia Obstétrica no ha permanecido ociosa, descansando bajo el laurel de sus grandes progresos, sino que inquieta, como siempre, ha continuado trabajando e investigando para hacer menos doloroso y prolongado el período del parto.

La mayoría de los esfuerzos hasta ahora realizados han resultado infructuosos y la verdad actual, escueta, dicha sin rodeos,

es que a pesar de todo el estudio e investigación profunda e incesante que se ha realizado en este sentido, ninguno de los procedimientos usados en la actualidad resulta verdaderamente inocuo para la madre y el niño.

El informe preliminar que tengo el honor de presentar ante vuestra consideración tiene como principal objetivo, ya que reconozco que mi exigua casuística es insuficiente para la comprobación de los hechos que más adelante he de exponer; tiene, repito, como motivo fundamental el hacer un llamamiento a los médicos que en Puerto Rico se dedican a la especialidad obstétrica, para que en el ejercicio de su práctica implanten un nuevo método para la solución de estos problemas, método que por su sencillez e inocuidad y por los altos fines que persigue es merecedor de la más seria consideración.

El método que me propongo presentar no es enteramente nuevo. La literatura obstétrica nos enseña que en el año 1931 Hofstein y Petrequín¹ de la Clínica de Stranbeur de Francia, iniciaron un trabajo de investigación sobre el uso de un método dietético con el cual consiguieron una reducción definitiva del período del parto. A no ser porque el procedimiento por ellos ins-

* Trabajo leído durante la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, Septiembre 22, 1940.

tituido era tan complicado que resultaba muy difícil determinar si dicho acortamiento era debido únicamente a la dieta o a los demás factores empleados, este método sin duda alguna hubiera tenido aceptación general.

Dos años más tarde, Reeb e Israel² de la misma Clínica, continuaron los trabajos iniciados por Hofstein limitando sus investigaciones al método dietético solamente. En el informe de sus experiencias estos autores afirman de una manera categórica que el procedimiento acorta el período del parto, habiéndose efectuado la dilatación, en la mayoría de los casos, en un período de dos a siete horas. Ellos observaron además una marcada atenuación en los dolores del parto.

Recientemente Bendlage³, de California, ha informado sus experiencias en cinco casos, incluyendo primíparas y múltiparas, bajo este método dietético, cuyos partos tardaron solamente de una a cuatro horas, agregando además dicho informe, que la intensidad de los dolores en estos casos fué decididamente atenuada.

El más detallado y extenso estudio que nos ofrece la literatura es la reciente y brillante aportación que nos ha brindado Wadlow⁴, quien en una serie de 70 casos, incluyendo 45 primíparas y 25 múltiparas, ha observado también una reducción substancial en el período del parto. Sus observaciones informan que el promedio de horas en parto de las primíparas (casos normales) bajo tratamiento fué de 6.58 horas en comparación con 13.08 horas con aquellas que no recibieron tratamiento; y que el promedio de horas en las múltiparas bajo tratamiento fué de 4.30 horas, mientras que las que sirvieron de control se tardaron 7.89 horas. En los casos anormales las primíparas bajo tratamiento se tardaron 17.1 horas en comparación con 24.7 horas que se tardaron las que no recibieron el trata-

miento, y en las múltiparas bajo tratamiento el parto duró 5.5 horas en comparación con 9.1 horas que fué el tiempo que tardaron aquellas que no recibieron el tratamiento.

Aunque el beneficio principal que se adquiere con el uso de este método es un acortamiento total del período del parto, tanto Wadlow, como los investigadores antes mencionados, han observado además una marcada atenuación en la intensidad del dolor. Durante el breve espacio de tiempo en que venimos usando este método no hemos podido observar una atenuación definitiva del dolor; pero hemos observado sin lugar a dudas una disminución en el tiempo del parto, muy especialmente durante su primer estadio.

Que el método resulta completamente inofensivo se desprende de que en todos los casos citados no ha habido morbilidad o mortalidad materna o fetal alguna. Tanto el desarrollo como el peso de los niños no ha variado de los "standards" normales. La habilidad de las madres para hacer la lactancia no ha sido tampoco alterada y no se ha observado ninguna reacción desfavorable en las madres que han estado bajo este régimen dietético.

Este método es un procedimiento puramente fisiológico. No se vale de fármacos, dispositivos ni procedimientos quirúrgicos. Se basa sencillamente en imponer a las embarazadas en sus últimas 4 a 6 semanas del embarazo una reducción del uso de sal en su dieta.

No existe en la actualidad explicación definitiva alguna sobre el mecanismo fisiológico que origina estos cambios fundamentales en la función uterina pero a continuación ofreceremos la teoría que en nuestra opinión explica mejor el funcionamiento de este fenómeno.

Es de todos bien sabido que en toda grávida normal cuando se aproxima a térmi-

no se desarrolla una reducción fisiológica de la eliminación urinaria y un aumento también fisiológico de la retención hídrica de los tejidos del cuerpo. Esta retención hídrica está controlada por la pituitaria como un mecanismo de defensa, para servir como reserva utilizable, en casos de hemorragia y también como base para ser usada en la preparación de la leche.

Uno de los más grandes depósitos de esta reserva de líquidos es la matriz. El edema del miometrio aminora la eficiencia de la contracción uterina en su región contráctil, mientras que la presencia de edema del cuello retarda su dilatación y aumenta la tendencia a una mayor incidencia de laceraciones. Al disminuir el edema de la matriz, ponemos a su musculatura en la condición más favorable para ejercer su función contráctil, resultando así la contracción y retracción uterinas mucho más efectiva. El cuello al perder también su edema se hace más elástico y por ende responde más rápidamente a la dilatación. Debido a este mismo mecanismo las partes blandas ofrecen menos resistencia, dilatan con mayor facilidad y de este modo no sólo facilitan la expulsión sino que también evitan las laceraciones perineales.

Es un hecho innegable, repetidas veces comprobado, que una dieta baja en sal reduce considerablemente el edema de las embarazadas.

La retención hídrica está íntimamente asociada con la retención de cloruros. Si bien es verdad que una dieta pobre en sal altera muy poco el nivel de los cloruros en la sangre, no es menos cierto que cuando se reduce la ingerencia de sal, los cloruros pasan de los tejidos al torrente sanguíneo, eliminando así parte de la retención hídrica a través de la excreción urinaria.

Aunque la disminución del dolor no es tan constante ni tan franca como el acortamiento del trabajo, ha sido informada con

la suficiente frecuencia para ofrecer gran interés e importancia.

La explicación del mecanismo de este fenómeno resulta muy difícil por carecer en la actualidad de suficientes datos de investigación y estudio tan necesarios para poder establecer una teoría definitiva y práctica.

Se ha dicho que un aumento de los cloruros aumenta la excitabilidad de los centros nerviosos y se ha ofrecido como prueba el hecho de que en los tabéticos, con ausencia del reflejo patelar, a quienes se le dan grandes cantidades de cloruro de sodio, el reflejo patelar reaparece en algunos casos. Van Noorden ha dicho que una reducción de los cloruros del cuerpo causa una repartición de los cloruros de la sangre, que el total se mantiene inalterado, pero que el calcio coloidal aumenta como en un 12% a expensas de las sales inorgánicas de calcio y que este aumento del calcio coloidal tiene un efecto sedante definitivo.

Que el calcio tiene un efecto sedante en los centros nerviosos se desprende fácilmente de los brillantes resultados que se adquieren en los casos de tetania, con la administración de calcio.

El dolor del parto, como muy bien dice Wadlow, puede ser considerado como un fenómeno cerebral originado por una estimulación periférica: la contracción uterina. Así pues, tenemos una doble acción atenuadora: una reducción de la excitabilidad de los centros nerviosos y un efecto sedativo definitivo trabajando conjuntamente para la atenuación del dolor que experimenta la paciente.

CONCLUSIONES

1—Se presenta un método inofensivo y sencillo con el fin de hacer menos doloroso y prolongado el período del parto.

2—Se hace un llamamiento a los médicos

que ejercen la obstetricia para la implantación de este método, de manera que en un período relativamente corto podamos tener estadísticas suficientes para comprobar o desvirtuar las virtudes pregonadas por los investigadores de este método.

BIBLIOGRAFIA

- 1—*Hofstein, J. y Petrequin*: Gynee. et. Obst. 24: 133, 1931.
- 2—*Reeb e Israel*: Gynee. et. Obst. 27:193, 1933.
- 3—*Bendlage*: Citado por Wadlow.
- 4—*Wadlow, E. E.*: Amer. Jour. of Obst. & Gyn., 39:749, 1940.

Voles, a species of wild rodent common in England, are subject to epidemics caused by a hitherto undescribed type of tubercle bacillus. The strain is relatively avirulent for rabbits and guinea-pigs and its protective action is now being studied. Editorial, British Med. Jour., Aug. 1940.

Fluoroscopic roentgenography has a definite place in finding significant tuberculosis. It is relatively inexpensive and more than reasonably accurate. Ezra Bridge, M. D., Amer. Rev. of Tuber., Aug. 1940.

The tuberculosis patient is not a character out of a book but a human being whose reactions to tuberculosis are essentially his general response to life and its difficulties. Everett T. Conlogue, M. D., Amer. Rev. of Tuber., Aug. 1940.

It would seem that poverty and unusual stress and strain should be —more so than they frequently are— the guide-posts for case-findings programs. Max Pinner, M. D., Amer. Rev. of Tuber., Sept. 1940.

ACUTE PERFORATED PEPTIC ULCERS WITH REPORT OF A CASE COMPLICATED BY COEXISTING ACUTE AP-PENDICITIS.*

AMERICO SERRA, M. D., F.A.C.S.**

Ponce, P. R.

The incidence of peptic ulcer varies markedly in different countries and is given by Brown (Cecil Medicine 3rd edition, 1933) as about 1.3% for North America. American statistics show that about 5% of ulcers perforate acutely while over 25% of cases perforate subacutely or chronically. Duodenal ulcers perforate more frequently than gastric in a ratio of about 5 to 2. Now, peptic ulcers no doubt, develop far more often than they are clinically recognized as is very definitely shown by necropsy statistics in different countries. Portis and Jaffé, for instance, report 9,171 consecutive necropsies performed at Cook County Hospital, Chicago, from June 1, 1929 to Dec. 31, 1936 in which there were 457 cases of all types of peptic lesions, a total incidence of about 5%. These authors find that of the 457 cases, in 118 peptic ulcer was the essential lesion and in 221 it was the incidental lesion, and that when peptic ulcer was the essential lesion the duodenal localization predominated and when it was the incidental lesion the gastric localization predominated. These findings no doubt explain the fact that the pathologist finds a greater incidence of gastric over duodenal ulcers, while the surgeon finds the opposite (In Moynihan's Clinic, out of 717 cases operated upon, 531 were duodenal and 164 gastric; and in 22 both gastric and duodenal). (In Lahey's Clinic

out of 201 cases, 157 were duodenal).

In Puerto Rico as far as I know, there are no published post-mortem statistics as to the incidence of peptic ulcer, but in 1914 Clark reported a series from the Panama Canal Zone in which the total incidence was found to be 4.5%; the incidence for West-Indians, 5.39%; for Latin-Americans, or mestizos, 2.8%; and for whites, 2%.

Although peptic ulcers occur no doubt very frequently in Puerto Rico, these apparently do not perforate acutely very often. During nearly seventeen years of institutional work in the Presbyterian Hospital, San Juan, and several hospitals in Ponce, I have only seen five cases of acute perforated ulcer—one of gastric and four of duodenal localization.

Now, a few words as to mortality and treatment after acute perforation of peptic lesions. There are in the literature a few selected series of a small number of cases each, in which no mortality followed operation, no matter the type of operation employed by the several surgeons, but of course, this is the exception, and in several series each consisting of 100 or more cases the mortality ranged from around 12% to 40%. The mortality varies, naturally, with the period elapsing from perforation to operation, and with the type of operation performed, the best results being obtained within 10 to 12 hours after perforation and with the simplest type of operation. Thompson carefully analyzes 500 cases of acute

*Read before the Ponce District Medical Association, September 22, 1940.

**From the Ponce District Hospital, Department of Health.

perforation collected from the charity services of Los Angeles Hospitals from 1921 to 1934. The operations were performed by 57 surgeons with an average of 8.7 cases each. He concludes that gross mortality in cases of proved acute perforation of peptic ulcer is around 40%. The mortality is lowest when operation is performed within 6 hours after perforation, when spinal anesthesia is used, when the operation consists of suture of tag of omentum over the closed perforation and when drainage is not employed.

I have operated on only two cases of acute perforated ulcer, both of which were of duodenal localization and fortunately both were operated upon within 12 hours of perforation and both survived. The most recent of these cases was of interest because of a coexisting acute appendicitis. In the literature at my disposal I have been unable to find a similar instance and thus I am reporting this unusual case.

REPORT OF CASE

Identification Data and Personal History

Agustín Santiago, a white male from Salinas, 20 years of age, and plantation foreman by occupation, was perfectly well until two weeks prior to admission when he felt epigastric distress which lasted about two or three days. Then he felt fine until August 2, 1940, when he had breakfast around 7 A. M., and about 8 A. M., after a short horseback ride, he felt a very sharp pain in the upper abdomen. The pain was very severe and he had to go to bed right away. Soon after the pain spread all over the right side of the abdomen. He did not vomit except once on reaching the hospital, which he attributed to the automobile ride of over 25 miles from his home to the hospital. The patient was examined in Sal-

inas by Dr. Peña, who found a very rigid tender upper abdomen and suspecting a perforated ulcer, sent him immediately to the Ponce District Hospital, where he was admitted and seen by me about 1:30 P. M.

Previous illness and family history were irrelevant. Denies syphilis and gonorrhea. Never had typhoid fever or anti-typhoid vaccine.

Physical and Laboratory Examinations:

Physical examination revealed a well built young white male appearing acutely ill, with a temperature of 37.1°C, pulse of 90 and respiration of 20, and blood pressure 100/60.

Head, neck, heart, legs, external genitals, and extremities were essentially negative. The abdomen was moderately distended all over and very tender especially over the right side both in the lower and upper quadrants. There was marked rigidity, especially over the right side and upper abdomen, but I could not feel the "board like" rigidity typical of perforated viscus. The spleen and liver could not be palpated and no peristalsis could be made out on auscultation. The W.B.C. was 13,800 per c.mm., with 85% polys.; hemoglobin 70%; coagulation time 3 min. The urine was negative for albumin and glucose.

Operation:

The patient was operated upon at 2:30 P. M. (6½ hrs. after onset of symptoms) through a "midabdominal" right rectus incision. The appendix was first explored and found to be, what seemed to me, sufficiently inflamed to account for the patient's physical signs and symptoms. An appendectomy was performed, and on further exploration a whitish-yellow, non odorous liquid was found to be coming from

somewhere in the upper abdomen. The incision was enlarged upwards and a perfectly circular "punched out" perforation about $\frac{1}{2}$ cm. in diameter was found in the anterior surface of the first part of the duodenum. The perforation was closed and in the second row of sutures a tag of omentum was attached over the site of the perforation. The abdomen was closed in layers and a cigarette drain was inserted down to the site of the perforation.

Post-Operative treatment and progress notes:

The patient was operated at 2:30 P. M., Aug. 2; tolerated the anesthetic (spinal) well, and did not vomit after the operation. The operation lasted 40 minutes. The highest temperature the day of the operation was 38.4°C at 5 P. M. The following treatment was instituted post-operatively: nothing by mouth; Fowler's position; 500 cc. of physiological saline intravenously every 8 hrs.; one liter of 5% glucose by hypo. every 12 hrs.; morphine sulphate gr. $\frac{1}{4}$ every 6 hrs. (These treatments were kept up for 72 hours after which time the morphine was cut down to gr. $\frac{1}{4}$ S.O.S. at night, small amounts of boiled water were allowed every hour and intravenous fluids were omitted. On August 4, the highest temperature was 40.1°C at 9 P. M. with a pulse of 100 and 22 respirations per minute. Urine examination was essentially negative. The drain was loosened and shortened $1\frac{1}{2}$ inch. On August 6, the drain was removed in toto. The highest temperature was 38.4°C at 5 P. M. Some liquids were allowed ad lib. by mouth and the parenteral fluids were omitted. A soap suds enema was administered.

On August 7th, the fever reached around normal and remained so until the 16th. During these days the patient convalesced

nicely. Regular liquid diet was allowed on the 9th and the stitches were removed on the 11th, the wound healing well.

On the 17th, the temperature rose to 40.1°C at 5 P. M. and came down to 37°C at 5 A. M. and continued to exhibit a similar curve for the next 11 days, during which time the patient was very sick, having occasional chills, some nausea without vomiting and anorexia and headache. Daily examinations of the abdomen during this period revealed no tenderness, rigidity or other abnormality. Examination of the blood for malaria on the 17th and 20th was negative on thick smears. On the 21st the patient complained of pain high over the left hypochondrium, but examination of the lungs, heart and spleen showed no abnormality. Roentgen-rays examination of the chest on the 21st was negative. Urine examination on this date showed only a slight trace of albumin, and W.B.C. was 20,100 with 79% polys.

On the 23rd and on the 29th, blood Widal was positive in dilution of 1 to 40 and 1 to 80. During the period from the 17th to the 23rd the patient got a total of 5 gms. of quinine intramuscularly and 200 cc. of 5% solution of neoprontosil by the same route. On the 27th, the W.B.C. was 14,200 with 79 polys. and on Sept. 2, the feces were negative for B. typhosus.

On the 28th of August, the temperature reached normal and remained so until the patient was discharged from the hospital on September 19th, 1940. During this time the patient picked up very rapidly and is now eating regular soft diet.

Pathological report:

Microscopic examination of sections of the appendix done at the School of Tropical Medicine showed the following: "In most sections there is some cellular thicken-

ing of the serosa. The inner coats are essentially not very remarkable except in one section where there is a submucosal abscess extending into the mucosa without ulcera-

tion, however. In this region there is some edema and thickening of the muscular coat with some diffuse polymorphonuclear infiltration. *Diagnosis: Acute appendicitis.*"

Tuberculosis mortality acts something like a social barometer, rising during wars, and rising highest in the countries most affected by the war. It is difficult to prophesy what the present war will mean in increased tuberculosis mortality in the belligerent countries, but we may be sure that it will be once more a true barometer of disturbed social conditions. Countries

which are making the greatest efforts, which are keeping their industries keyed up to the highest pitch, working their men the longest hours and reducing standards of living to the lowest levels are bound to suffer severely. Frank C. Boudreau, M. D., News Digest of the Milbank Memorial Fund, June 1940.

MILITARY MEDICINE*

CAPTAIN H. W. DOAN.

*Medical Corps, U. S. Army**San Juan, P. R.*

With the trend of international relations created by the present War in Europe, becoming daily more menacing to the Liberal conceptions of Government there is a growing conviction among the people of America that whether or not we should become involved in the War itself, it will be indifferently reckless to fail to give some thought to the uncertainties of the future.

That our Congress and President are alive to the menace of the international situation is evidenced by the coming national guard mobilization and the passage of the conscription bill. The mobilization of a large number of men appears to be the most pressing immediate problem.

The Medical profession can contribute in the preparation of a Nation for War in a great many ways. But in no field of Military Medicine is there so great an opportunity for the preservation of life and the speeding up of effective organization as in the matter of mobilization.

That the sudden bringing together of many thousands of young men from city and country is a perilous undertaking from the medical point of view is well recognized. It is almost inevitable that when large numbers of men from all over this country are brought together in camps under the circumstances that call for arduous, physical and disciplinary training, the outbreak of contagious diseases will follow.

The Medical Department is responsible for the health of the officers and enlisted men of the Army. All person commissioned

or enlisted in the Army must be physically and mentally qualified according to the standards established by Army regulations.

The Department then endeavours to keep all personnel physically fit during their service and in as nearly normal health as possible upon discharge from the Service.

To attain this objective the Medical Department is constantly engaged in doing research work in order to provide the best that medical knowledge can provide. In short, the mission of the Medical Department is to preserve the fighting strength of the American Army.

Probably the most commonly known and spectacular duty of the Medical officer involves the care of the wounded in battle. It is not, however, the most important. The preservation of the strength of any command, is best maintained by the prevention of contagious diseases and the control of epidemics. History contains many instances where disease has destroyed Armies, and victories have been lost by a scourge of disease rather than the enemy bullets or weapons.

Induction of the National Guard into the Federal Service and the training of about 900,000 men under the selective service program will throw a burden on the Army Medical Corps that will require from 9,000 to 10,000 officers and will entail an enlisted personnel of approximately 75,000 men. Some 1,070 flight surgeons and medical officers assigned to aviation will be needed within this total.

At the same time the Dental Corps will be expanded to about 2,000 dental officers under the present expectations.

* Paper read before the Ponce District Medical Society, September 22, 1940.

The desired ratio of Medical officers for administration and professional over head is about six for each 1,000 combat troops.

Procurement of these necessary officers may be very difficult. I do not believe that anyone recognizes more that the War Department, and especially the Surgeon General's office, how much it means to ask the average physician to leave his practices for a year or longer and give his services to the Army.

In certain instances the selective service bill will apply to the medical profession as it does to other groups. So that the physician who is under 35 years of age and free of dependants may be called under the provisions of that bill. It is estimated that about 7,500 doctors come within the age limit and of these it is possible that about 1,000 might be drafted under accepted percentages. However, it is generally felt that those doctors and dentists who come within the draft age limits of the selective service bill, and who are not reserve officers, will be given commissions in the Reserve. **The Medical Department feels, and rightly I think, that these physicians and dentists might better serve their year in their professional capacities than as fighting troops.**

In regard to possible draftees I think that already the Medical Department authorities have received instructions to give every possible consideration to Reserve Officers so that Military duties can be deferred, in cases where it is desired, for as long as possible. I believe that two lists will be prepared, one of officers who express a desire for deferment and one of those who desire and ask for active duty. Officers will be drawn from this latter list in so far as it is possible. In this connection the Surgeon General has been authorized to commission in the reserve, Doctors who do not have commissions and who are willing to accept

active work. The same authority has been granted to the Dental Corps and in each case a number of recent graduates have already been commissioned.

There are at present, 1,230 Medical officers of the Regular Army and about 500 Reserves on active duty, leaving a total of about 7,000 Medical officers to be procure during the fiscal year 1941.

The Medical Reserve, now totals approximately 15,300 so that if necessary officers are drawn from the Reserve, every second man will be needed.

In a world about us that now witnesses millions of people arraid in bitter conflict against other millions, defenseless masses dying at the hands of ruthless aggressors, and commerce of neutrals as well as belligerents disrupted, we see peaceful people crushed by the humilliating terms of powerful neighbors and their cities levelled by the lightning thrust of mechanized armies. We are confronted by unexpected and powerful coalission, which are apparently prompted solely on the principles of expediency and greed.

With this development in current history, we cannot but ponder over the future that Fate holds in store for the American people and be responsible to the impulse for preparation against the possibility of evil days that may befall us.

The physician like every other American, has become actively interested in our National security and stands ready to contribute their services as they are required for military preparedness.

The immediate problem in this connection is one that concerns the War Department and primarily the young physician. The War Department must procure sufficient additional personnel from the medical profession to augment the medical services of the Regular Army as the various increases are made in the strength of the

Regular Army, as authorized by Congress to meet this partial emergency.

The present plans of the War Department are designed to make service attractive and instructive for the young physician. If the physician holds a medical corps reserve commission he can be ordered to active duty, if he so requests. If he does not hold a commission but is under 35 years of age, and is a comparatively recent graduate of an accredited school, he may secure an appointment in the Medical Corps Reserve for the purpose of obtaining active duty for a period of one year or longer.

I believe that approximately 15,000 men will be mobilized here in Puerto Rico, that is counting the National Guard. To furnish adequate Medical Service for this number of men about 75 or 80 additional medical officers will be necessary. Of course, some of the National Guard units will bring with them their own Medical Officers. The

others will of necessity be drawn from the Reserve Corps and other civilian sources. How many will come to us from the States, I do not know.

Possibly some in this group will accept commissions in the Medical Corps in the months to come and I want to take this opportunity to tell you that I will look forward to the pleasure of serving with you somewhere in Puerto Rico, and to assure you that those of us who are in the Medical Corps of the Regular Army, will do everything in our power to make your tour of duty as pleasant as possible.

My contacts with the civilian medical profession since my arrival in Puerto Rico have been of the pleasantest and this particular one especially so. I hope that if any of you are in the vicinity of the Military Hospital at the Post of San Juan you will take the time and give me the pleasure of seeing you.

Weariness without cause indicates disease. Hippocrates.

It is well to remember that during one year tuberculosis among the veterans of the World War cost the United States government more than 46 million dollars, exclusive of the cost of hospitalization. One-third of the total amount paid out for compensation to the services was for tuberculosis and

61,330 veterans were in hospitals at government expense. In this day of pensions and augmented government health services, every known scientific procedure should be used to cut down this enormous burden on the taxpayer. Tuberculosis can be detected by the use of the X-ray. The experience of twenty odd years ago need not be repeated.

CONSTITUCION Y REGLAMENTO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Introducción

En la reunión extraordinaria de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, celebrada en la ciudad de Ponce en la tarde del día 21 de septiembre ppdo., el Comité de Reglamento de la Asociación, que preside el Dr. Héctor Bladuell, presentó a dicho cuerpo las enmiendas que este comité sugería se hicieran a la Constitución y al Reglamento de la Asociación.

La Cámara oyó el informe y la argumentación que en favor de dichas enmiendas hiciera el Dr. Bladuell, pero no siendo posible, por disposición reglamentaria, que las mismas quedaran definitivamente aproba-

das en esta reunión extraordinaria, se acordó dar éstas por presentadas, para ser discutidas y aprobadas o rechazadas en una próxima reunión de la Cámara.

A fin de dar una oportunidad a todos los miembros de la Asociación de poder estudiar dichas enmiendas y hacer las recomendaciones que consideren oportunas, antes de que la Cámara se reúna nuevamente, publicamos a continuación un resumen de las enmiendas sugeridas, así como la Constitución y el Reglamento, tal como quedarán redactados, de ser aprobadas dichas enmiendas:

RESUMEN DE LAS ENMIENDAS A LA CONSTITUCION Y REGLAMENTO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO, SUGERIDAS POR EL COMITE DE REGLAMENTO, QUE PRESIDE EL DR. HECTOR BLADUELL

1.—Se dispone la concesión de un seguro por muerte para proteger a los herederos de los socios fenecidos.

2.—Se crean dos clases de socios: activos y de mérito. Estos últimos serán reconocidos por la Cámara de Delegados a petición de la Junta Directiva, estarán exentos del pago de la cuota y gozarán de todos los privilegios del miembro activo, pero no tendrán derecho a votar en la elección de los funcionarios ni serán elegibles para ningún puesto representativo dentro de la Asociación, a menos que paguen su cuota.

3.—Se elimina el Consejo, creándose en su lugar una Junta Directiva compuesta por 11 miembros, y en la cual estarán representadas por su presidente todas las Sociedades de Distrito.

4.—Se especifica claramente cómo deben pagarse las cuotas para tener derecho a tomar parte en las deliberaciones de la Asociación y a ser elegible para cargos en los distintos organismos de ésta.

5.—Se dispone que ningún miembro de la Junta Directiva, a excepción del Secretario, podrá servir un cargo en la misma por más de dos años consecutivamente.

6.—Se aclaran los deberes de todos los funcionarios de la Junta Directiva Insular, así como el de las directivas de las distintas sociedades de distrito.

7.—La cuestión de quorum en las distintas reuniones de la Cámara, y en las de las sociedades de distrito, es también aclarada.

8.—Se incluye en el reglamento una sección disponiendo el reembolso a las sociedades de distrito de un 20% de la cuota pagada por cada uno de sus miembros, para cubrir los gastos locales.

9.—Se aclaran los deberes de la Cámara de Delegados y de la Junta Directiva, y se amplía el capítulo relacionado con los comités de la Asociación.

10.—Se dispone que el reglamento no podrá ser suspendido en ninguna reunión a

menos que sea por el consentimiento unánime de todos los miembros presentes.

En conclusión, han sido objeto de enmiendas, parcial o totalmente los siguientes articulados:

CONSTITUCION: Artículos cuarto, quinto, sexto, séptimo y noveno.

REGLAMENTO: Capítulos primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo, noveno, décimotercero, décimocuarto y décimoquinto.

CONSTITUCION

ARTICULO PRIMERO

El nombre legal y título por el cual será conocida la Asociación es "Asociación Médica de Puerto Rico".

ARTICULO SEGUNDO

La Asociación tendrá sus oficinas en el edificio propiedad de la misma, sito en la Avenida Fernández Juncos, Parada 19, barrio de Santurce, San Juan, Puerto Rico.

ARTICULO TERCERO

El término por el cual se constituye esta asociación es ilimitado.

ARTICULO CUARTO

La asociación está organizada con fines exclusivamente científicos y *para** defensa y protección mutua, consistente en:

(a) Unir en una organización poderosa a todos los médicos-cirujanos, legalmente autorizados a ejercer la profesión en Puerto Rico.

(b) Afiliarse a otras asociaciones similares de los Estados Unidos de América para formar la Asociación Médica Americana.

(c) Procurar el bienestar del médico y conceder un seguro por muerte para proteger a los herederos de los socios fenecidos.

(d) Divulgar conocimientos médicos; hacer progresar la ciencia médica; elevar la norma de educación médica; recabar la aprobación y el cumplimiento de leyes meritórias en relación con la clase médica; desarrollar y estrechar las relaciones de cordialidad entre los miembros de la asociación; colectivamente defender a cada uno de sus asociados de imposiciones irrazonables; esclarecer y dirigir la opinión pública en relación con los problemas de la asistencia médica, colocando al médico en el puesto de honor que le corresponde en la sociedad; hacer que el médico sea de la mayor utilidad para el pueblo en la prevención y la curación de las enfermedades y en la prolongación de la vida.

ARTICULO QUINTO

La Asociación estará dividida en siete (7) sociedades de distrito, o sea una asociación de distrito por cada uno de los distritos senatoriales en que está dividida la isla al presente, y estará constituida por miembros o asociados activos y de mérito.

Miembros activos: Serán considerados como miembros activos, los médicos debida-

* Hemos puesto en bastardillas las sugerencias hechas por algunos miembros de la Cámara. Una sugerencia hecha por un miembro de la Cámara de que se cree el cargo de "Speaker de la Cámara" está bajo estudio del Comité de Reglamento.

mente admitidos de acuerdo con el reglamento. Cesarán sus derechos de miembro activo cuando deje de satisfacer la cuota correspondiente. El pago oportuno de la cuota le dará derecho a asistir a todas las asambleas y sesiones científicas de la asociación, a ser electo para cualquier posición en la Junta de Directores o cualquier otro puesto representativo dentro de la asociación.

Miembros de Mérito: La Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, a solicitud de la Junta Directiva, *con el consentimiento del interesado, y por recomendación de la sociedad de distrito a que el candidato esté afiliado*, queda facultada para designar miembros de mérito a aquellos médicos cirujanos que llenen los requisitos que exige el reglamento de la Asociación Médica de Puerto Rico. El miembro de mérito estará exento del pago de la cuota anual y gozará de todos los privilegios del miembro activo, pero no tendrá derecho a votar en la elección de funcionarios ni será elegible para dichos cargos, a menos que satisfaga la cuota que exija el reglamento.

ARTICULO SEXTO

El número de los síndicos o directores de la asociación será de once.

ARTICULO SEPTIMO

Los términos y condiciones para la admisión de miembros o socios serán los siguientes:

A. *Miembro activo:*

- 1.—Será admisible como miembro activo todo médico-cirujano legalmente autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico, que

goce de buena reputación.

- 2.—Todo aspirante a miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico deberá presentar una solicitud por escrito en los impresos que suministrará la Secretaría de la Asociación. Dicha solicitud deberá venir endosada por dos miembros activos de la Asociación Médica de Puerto Rico y acompañada de la cuota correspondiente a un semestre.
- 3.—Toda solicitud será referida a la Junta Directiva, la que investigará los méritos del solicitante y decidirá su admisión por voto secreto.

La Junta Directiva no considerará ninguna petición que haya sido denegada hasta que haya transcurrido un año de la denegación.

B. *Miembro de Mérito:*

Una mayoría de dos terceras partes de los delegados presentes en una reunión ordinaria de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico podrá designar socios de mérito a aquellos médicos que sean acreedores a esta distinción, *a solicitud de la Junta Directiva y por recomendación de la Sociedad de Distrito a que el mismo esté afiliado*. Los médicos que disfruten de esta distinción al presente serán reconocidos como tales.

ARTICULO OCTAVO

Los recursos con que cuenta la Asociación son los devengados por concepto de cuotas

de sus asociados, los que puedan obtenerse de la publicación de anuncios en el Bole-tín de la Asociación y cualquier otro ingreso por alquiler del edificio, donaciones, legados, etc.

ARTICULO NOVENO

Sección Primera: ASAMBLEA GENERAL: La Asamblea General será el cuerpo soberano de la Asociación Médica de Puerto Rico y Tribunal Supremo de apelaciones. La constituirán todos los médicos asociados.

Sección Segunda: CAMARA DE DELEGADOS: La Cámara de Delegados de la Asociación estará formada por asociados elegidos por las sociedades de distrito para servir por un año, y constituirá el cuerpo legislativo de la Asociación. Además de estos delegados, formarán parte de la Cámara los miembros de la Junta Directiva de la Asociación. La Cámara será presidida por el presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Sección Tercera: JUNTA DIRECTIVA: La Junta Directiva será el cuerpo directivo y ejecutivo de la Asociación Médica de Puerto Rico y estará constituida por once médicos asociados, a saber:

Un Presidente, un Vice-Presidente, un Secretario, un Tesorero y siete vocales, uno por cada Sociedad de Distrito. El Presidente, el Vice-Presidente, el Secretario y el Tesorero serán electos en la reunión ordinaria de la Cámara de Delegados por mayoría de votos de los miembros presentes. El presidente de cada Sociedad de Distrito actuará como vocal por su distrito en la Junta Directiva. Estos funcionarios desempeñarán sus cargos hasta que sus sucesores sean electos y hayan tomado posesión; *Disponiéndose*, que ningún miembro, a excepción del Secretario, podrá ocupar un cargo en la Junta Directiva por más de dos años consecutivos.

ARTICULO DECIMO

Estos artículos de incorporación podrán ser enmendados en una Asamblea General de los miembros de la Asociación, convocada a tal efecto.

R E G L A M E N T O

CAPITULO PRIMERO

De los Miembros

Sección Primera: Será admisible como miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico todo médico-cirujano legalmente autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico, que goce de buena reputación.

Todo aspirante a miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico deberá presentar una solicitud por escrito en los impresos que suministrará la Secretaría de la Asociación. Dicha solicitud deberá venir endosada por dos miembros activos de la Asociación y acompañada del importe de la cuota correspondiente a un semestre.

Toda solicitud será referida a la Junta Directiva, la que investigará los méritos del solicitante y decidirá su admisión por voto secreto.

Cuando una solicitud de admisión sea denegada se devolverá al interesado el importe de la cuota y la Junta Directiva no considerará nuevamente su solicitud hasta después de haber transcurrido un año de la denegación.

Sección Segunda: Será requisito indispensable, para poder tomar parte en las deliberaciones y votaciones o ser elegible para cualquier cargo oficial en la Asociación Médica de Puerto Rico, estar al día en el pago de la cuota anual, según se dispone más adelante en este Reglamento.

Sección Tercera: La cuota anual de socio será de DOCE (12) DOLARES, pagaderos

por semestre adelantado, en la primera semana de los meses de enero y julio, respectivamente.

Sección Cuarta: Los cargos que se formulen contra los socios serán ventilados por la Junta Directiva, la que determinará si son o no justificados. En caso de que la Junta Directiva por votación de *dos terceras partes de los miembros presentes en una reunión* encontrare justificados los cargos formulados contra cualquier socio, dicho socio será suspendido temporal o permanentemente, de acuerdo con la naturaleza de dichos cargos, a juicio de la Junta Directiva.

La decisión de la Junta Directiva podrá ser apelada para ante la Cámara de Delegados, la que por una mayoría de dos terceras partes de los miembros presentes podrá revocar la decisión de la Junta Directiva; *Disponiéndose, que a su vez las decisiones de la Cámara de Delegados serán apelables para ante la Asamblea General de la Asociación Médica de Puerto Rico.*

CAPITULO SEGUNDO

Asambleas y Sesiones

Sección Primera: La asociación celebrará una asamblea anual cuya fecha será fijada por la Cámara de Delegados y que durará tantos días como se estime necesario.

La asamblea anual consistirá: (1) de la sesión científica, la cual podrá ser dividida por los organizadores del programa en distintas secciones; (2) de la sesión ordinaria anual de la Cámara de Delegados.

Sección Segunda: Además de la asamblea anual general podrán celebrarse asambleas extraordinarias, tanto de la asociación en general como de la Cámara de Delegados, cuando el presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico lo estimare necesario o así lo solicitare un veinticinco (25) por ciento de los miembros *activos* de

la Asociación o de la Cámara de Delegados. Tales sesiones o asambleas serán citadas por el presidente de la Asociación dentro de los siete días subsiguientes a la radicación de la solicitud, para efectuarse dentro de los quince días después de hecha la citación.

Sección Tercera: Podrán asistir a las asambleas y tomar parte en las discusiones todos aquellos miembros que figuren en el registro de la Asociación y que estén al día en el pago de sus cuotas, *así como los socios de mérito, no teniendo éstos derecho a voto.*

Sección Cuarta: Las asambleas de la Asociación Médica de Puerto Rico y las reuniones de la Cámara de Delegados serán presididas por el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico; en ausencia de éste por el Vice-Presidente y en ausencia de éste, por un vocal elegido en la misma reunión por la Directiva por mayoría. Una vez constituida la mesa y abierta la sesión se procederá a considerar los asuntos pendientes de acuerdo con el orden en que aparezcan en la convocatoria.

Sección Quinta: Las sesiones científicas de la asamblea anual serán presididas por la persona que designe el Comité Científico y la discusión de los trabajos estará sujeta al orden establecido en el programa de la sesión.

Las sesiones científicas podrán recomendar a la Cámara de Delegados el nombramiento de comités o comisiones en asuntos de interés especial y de importancia para la profesión o el público.

CAPITULO TERCERO

Sesiones de la Cámara de Delegados

Sección Primera: La Cámara de Delegados se reunirá independientemente de la asamblea científica a las dos de la tarde del primer día de la asamblea anual, y el programa será arreglado de manera que sus sesiones no estén en conflicto con las sesiones de la asamblea científica general.

Sección Segunda: Cada sociedad de distrito tendrá derecho a enviar a la Cámara de Delegados como representante un delegado por cada veinte miembros o fracción mayor de diez, además de su Secretario; *Disponiéndose*, que en caso de que un delegado no pudiera asistir a la sesión de la Cámara, la Directiva de la Sociedad de Distrito correspondiente podrá designarle un sustituto, comunicándolo al presidente de la Asociación Insular con siete (7) días de anticipación a la apertura de la sesión de la Cámara.

Sección Tercera: La mitad más uno de los miembros de la Cámara de Delegados constituirá "quorum", *Disponiéndose*, que si a la hora fijada para la reunión no hubiere "quorum" se esperará que transcurra una hora, al cabo de la cual, los miembros presentes constituirán "quorum".

Sección Cuarta: Solamente tendrán derecho de representación aquellos miembros debidamente elegidos por las sociedades de distrito o los substitutos nombrados por la directiva de su sociedad de distrito y debidamente registrados en la secretaría de la Asociación.

Sección Quinta: Formarán parte también de la Cámara de Delegados los miembros de la Junta Directiva.

CAPITULO CUARTO

Funciones de la Cámara de Delegados

Sección Primera: La Cámara de Delegados constituye el cuerpo legislativo de la Asociación Médica de Puerto Rico, y como tal, tendrá la intervención exclusiva en todo asunto de interés profesional, de materia económica, legal y de moral médica.

Sección Segunda: Investigará las condiciones en que se desenvuelve el médico en Puerto Rico, la práctica de servicios médicos por medio de contrato, los servicios mé-

dico, en los hospitales y clínicas, las condiciones de vida de sus asociados, la remuneración que sus asociados reciben por sus servicios privados y como empleados, y en fin, deberá estar al tanto de todo lo que concierne al bienestar y buen nombre de los miembros de la Asociación para poder actuar debidamente en defensa justificada de la hermandad médica.

Sección Tercera: En cada asamblea anual deberá elegir de entre los miembros activos de la Asociación Médica de Puerto Rico, un presidente, un vice-presidente, un secretario y un tesorero, todos éstos por el término de un año, y un delegado a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana por el término de dos años, *Disponiéndose*, que ninguno de los miembros de la Junta Directiva, a excepción del Secretario, podrá desempeñar su cargo por más de dos años consecutivamente.

Sección Cuarta: Podrá nombrar comités de su seno o de miembros que no sean delegados. Estos comités deberán informar ante la Cámara.

CAPITULO QUINTO

Elección de Funcionarios

Sección Primera: En cada reunión anual ordinaria de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, se elegirán de entre los miembros activos de la Asociación Médica de Puerto Rico los siguientes funcionarios: Un presidente, un vice-presidente, un secretario, un tesorero por el término de un año, y un delegado a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana por el término de dos años.

Ninguno de estos funcionarios, a excepción del secretario, podrá servir por más de dos años consecutivamente.

Sección Segunda: La elección de los funcionarios será el primer asunto de que se

trate en el segundo día de sesión durante la reunión anual ordinaria de la Cámara de Delegados, después de la lectura del acta de la sesión anterior.

Sección Tercera: Todas las elecciones se llevarán a cabo por papeleta cerrada y sin nominaciones previas y decidirá la elección la mayoría, o sea la mitad más uno de los votos emitidos.

CAPITULO SEXTO

Deberes de los Funcionarios

Sección Primera: Todos los funcionarios electos tomarán posesión de su cargo en el transcurso de los primeros siete días del año, en el día que designe el presidente entrante.

Sección Segunda: El Presidente asumirá la representación oficial de la Asociación y llevará la dirección general de todos los asuntos, cumpliendo y haciendo cumplir todos los acuerdos de la Cámara de Delegados y de la Junta Directiva; presidirá todas las sesiones de la Junta Directiva, y de la Cámara de Delegados, designará todos los comités cuyo nombramiento no esté especialmente delegado en algún otro organismo de la Asociación y será miembro ex-officio de todos dichos comités. Pronunciará el discurso presidencial al inaugurarse la Asamblea Anual. Deberá visitar las asociaciones de distrito, procurando que el trabajo de éstas sea lo más práctico y útil posible. Tendrá a su cargo la administración del edificio de la Asociación; hará que se tenga al día un inventario del mobiliario, biblioteca, enseres y demás propiedades de la Asociación. Firmará en nombre de la Asociación todos los documentos, memoriales, etc., que sean aprobados por ésta y tendrá la representación legal de la Asociación en todo negocio, contrato o litigio en que ella intervenga, y firmará todos los cheques

conjuntamente con el Tesorero.

Sección Tercera: El vicepresidente substituirá al presidente en ausencia de éste, y ayudará al mismo en todo momento.

Sección Cuarta: El Secretario atenderá a las sesiones de la Junta Directiva y la Cámara de Delegados, así como a las asambleas generales de la Asociación; tendrá a su cargo la redacción de las actas; guardará la correspondencia, records, sello de la Asociación y todos los documentos que no correspondan especialmente a la oficina del Tesorero. Llevará un libro de registro de las asambleas anuales en el que firmarán los socios que concurren y anotará los trabajos que se lean ante la Asamblea y el resultado de la elección de los funcionarios. Mantendrá al día un inventario de todos los libros de actas; tanto viejos como corrientes, así como también de todos los legajos históricos de la Asociación. Será responsable de que siempre existan copias disponibles de los Artículos de Incorporación y Reglamento, las que deberá tener al día con las enmiendas de que hayan sido objeto. Conservará una colección completa del Boletín y demás publicaciones de la Asociación. Será responsable de que ningún libro o documento de la Asociación sea llevado fuera de su oficina.

Al tomar posesión de su cargo, el Secretario revisará el inventario de documentos en presencia del Secretario saliente y notará el resultado de esta inspección en el acta de la primera sesión que celebre la Junta Directiva.

Cualquier dinero que venga a sus manos lo pasará al Tesorero sin pérdida de tiempo. Velará por que ningún miembro que esté atrasado en el pago de sus cuotas tome asiento en la Asamblea ni participe en la elección de los funcionarios. Mantendrá al día un tarjetero de todos los médicos-cirujanos de la Isla, sean o no socios, con todos los datos pertinentes, tales como fe-

cia de nacimiento, sitio y fecha de graduación, etc., etc. Notificará la fecha y sitio para la celebración de sesiones a todos los interesados, a los oficiales y miembros de los comités, sus nombramientos y deberes.

Someterá un informe anual a la Cámara de Delegados. En unión del Comité del Boletín o Junta Editora arreglará la publicación del mismo.

Sección Quinta: El tesorero será el guardián legal de todas las propiedades y dinero de la Asociación. Abrirá cuenta a nombre de la Asociación con el Banco que escoja la Junta Directiva; cobrará y recibirá todas las cuotas de socios y demás cuentas de la Asociación y pagará de la tesorería bajo su firma y la del presidente. Suministrará todos los informes financieros que le fueren solicitados por las autoridades competentes, y anualmente presentará el balance del año ante la Cámara de Delegados para su aprobación. Tendrá un tarjetero con una tarjeta para cada socio, indicando el pago de sus cuotas y dividiendo dichas tarjetas entre socios al día y en descubierto, y notificará al secretario el nombre de los socios en descubierto con un mes de antelación a la fecha de la asamblea anual. Deberá prestar fianza por \$500.00, el cargo de la cual será pagado de los fondos de la Asociación.

Sección Sexta: Los vocales concurrirán a todas las sesiones de la Directiva, teniendo voz y voto en todos los asuntos planteados. En ausencia del Presidente y del Vice-Presidente, podrán ser electos por la Directiva para presidir temporalmente.

CAPITULO SEPTIMO

Junta Directiva

Sección Primera: La Junta Directiva se compone de un Presidente, un Vice-Presidente, un Secretario, un Tesorero y siete vocales, uno por cada Sociedad de Distri-

to y constituirá el cuerpo directivo de la Asociación Médica de Puerto Rico y como tal tendrá la intervención exclusiva en todo asunto de interés profesional, de materia económica, legal, de moral médica, mientras no esté reunida la Cámara de Delegados.

Los presidentes de las Sociedades de Distrito actuarán como vocales por sus respectivos distritos en la Junta Directiva.

Sección Segunda: Investigará las condiciones en que se desenvuelve el médico en Puerto Rico, la práctica de servicios médicos en los hospitales y clínicas, las condiciones de vida de sus asociados, la remuneración de sus asociados por servicios privados y como empleados, y en fin, deberá estar informada de todo lo concerniente al bienestar y buen nombre de los miembros de la Asociación para poder actuar debidamente en defensa justificada de la hermandad médica.

Sección Tercera: La Junta Directiva celebrará sesión ordinaria una vez al mes, en cualquier día que fije el Presidente y debidamente citada por el Secretario y además, celebrará las sesiones extraordinarias que estime necesarias, ya por sí sola o en sesión conjunta con los comités correspondientes. Todo acuerdo será por mayoría de votos de todos los miembros presentes.

Sección Cuarta: La Junta Directiva tiene autoridad para reconocer y dar carta de organización a las sociedades de distrito; para nombrar empleados y aprobar sumas de dinero para aquellas erogaciones de menor importancia que no se incluyan en el presupuesto aprobado por la Cámara de Delegados.

Sección Quinta: Preparará un presupuesto modelo para el año siguiente y lo someterá a la aprobación de la Cámara de Delegados; *Disponiéndose*, que si la Cámara de Delegados no aprobase este presupuesto continuará rigiendo el anterior.

Sección Sexta: En caso de vacante por fallecimiento o renuncia del Secretario o del Tesorero, la Junta Directiva nombrará un substituto que servirá ese puesto hasta que haya una nueva elección de funcionarios.

CAPITULO OCTAVO

Comités

Sección Primera: Los comités permanentes serán: Comité Científico, Junta Editora del Boletín, Comité de Beneficencia y Salud Pública, Comité de Legislación, Comité de Publicidad y Propaganda, Comité de Biblioteca y todos aquellos otros comités que la Cámara de Delegados de la Asociación o la Junta Directiva estimen conveniente crear para el mejor desenvolvimiento de todos los asuntos relacionados con la profesión.

Estos comités serán nombrados por el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico con la aprobación de la Junta Directiva.

Sección Segunda: El Comité Científico se compondrá de once miembros, uno de los cuales será el Secretario de la Asociación; Disponiéndose, que en el mismo habrá un representante por cada una de las Sociedades de Distrito.

El Comité Científico determinará el carácter y plan del trabajo científico de cada asamblea. Con treinta días de anticipación a la asamblea anual, preparará el programa científico de la misma, indicando el orden a que ha de sujetarse la presentación de los trabajos y su discusión. Su fin principal será estimular los estudios e investigaciones científicas entre los miembros de la profesión, organizando por lo menos una asamblea anual. Este comité se reunirá cuantas veces creyera conveniente o fuese convocado por el Presidente de la Aso-

ciación. Seis de sus miembros se entenderá que forman "quorum".

Sección Tercera: La Junta Editora del Boletín estará integrada por cinco miembros, y tendrá a su cargo la publicación del Boletín de la Asociación, para lo cual revisará cada uno de los trabajos que sean sometidos a su consideración por los miembros de la Asociación, teniendo facultad para rechazar cualquier trabajo que en su opinión no sea apropiado para ser publicado en la revista.

Sección Cuarta: El Comité de Beneficencia y Salud Pública constará de cinco miembros y será el cuerpo consejero para todo asunto relacionado con los servicios médicos en los departamentos insulares, como Sanidad, Comisión de Indemnizaciones a Obreros, Cruz Roja, Sanidad Marítima y aquellos otros servicios en sociedades o corporaciones, etc. Este comité rendirá un informe anual a la Cámara de Delegados, por conducto de su Presidente, de todo cuanto se relacione con el servicio de médicos de beneficencia, sugiriéndole todas aquellas medidas que propendan a la protección y mejora de la condición de médicos titulares. Dicho comité se regirá por un reglamento ad hoc, expresamente redactado para regir y regular su conducta.

Sección Quinta: El Comité de Publicidad y Propaganda se compondrá de cinco miembros y tendrá el deber de sostener una campaña intensa y continua para la adquisición de nuevos socios. Deberá hacer por lo menos un recorrido anual por toda la isla, entrevistando personalmente a todos los médicos, para obtener su ingreso en la Asociación. Deberá estar pendiente de todos los médicos que revaliden su título y tratará de conseguir que se hagan miembros de la misma. Por lo menos dos veces al año enviará una circular a todos los médicos de la isla que no pertenezcan a la Asociación, explicándoles los fines y ventajas de

ella. Este Comité se reunirá cuantas veces lo creyere conveniente o fuere convocado por el presidente de la Asociación.

Sección Sexta: El Comité de Legislación se compondrá de cinco miembros y tendrá la representación de la Asociación para obtener y poner en vigor leyes que respondan al interés de la salud pública y a la ciencia médica. Vigilará toda legislación que afecte al ejercicio de la medicina y cirugía en Puerto Rico y utilizará todos los medios a su alcance para garantizar el mejor éxito de sus gestiones.

CAPITULO NOVENO

Huéspedes

Cualquier miembro distinguido de la profesión que sea miembro de la asociación de su Estado, puede, para cualquier asamblea anual o especial de la asociación, ser intitulado para tomar parte en el programa científico.

CAPITULO DECIMO

Reciprocidad de miembros entre las Asociaciones de Estado

En caso de cambio de residencia, la Asociación aceptará como miembros a los miembros activos de asociaciones similares, si están autorizados para ejercer la medicina en Puerto Rico.

CAPITULO UNDECIMO

Sello de la Asociación

El sello de la asociación está diseñado en la forma siguiente: Dos círculos concéntricos, el mayor de cinco centímetros de diámetro y el menor de tres centímetros, y en el espacio entrambos la inscripción en

letra mayúscula que dice: "Asociación Médica de Puerto Rico," y en el centro la figura de Esculapio.

CAPITULO DUODECIMO

Referendum

En casos especiales y mediante solicitud al Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico de una tercera parte de los miembros activos de la Asociación, cualquier asunto pendiente o resuelto ya por la Directiva o la Cámara de Delegados será referido a los socios para su resolución final. La votación puede ser efectuada por voto personal si se presentare ante una asamblea o por correspondencia si no estuviere reunida la Asociación. La mayoría de los votos del referendum decidirá la cuestión sin apelación.

CAPITULO DECIMOTERCERO

Reglas Generales

Sección Primera: Ningún discurso o documento leído en la sesión científica anual, excepto por el presidente, consumirá más de veinte minutos; y, ningún miembro consumirá un turno de rectificación por más de una vez sobre el mismo asunto, excepto por el consentimiento de la mayoría de la asamblea.

Sección Segunda: Cualquier documento leído ante la asamblea o cualesquiera de sus sesiones, será propiedad de la Asociación. Después de leído un trabajo será entregado al secretario.

Sección Tercera: Para la suspensión de este Reglamento será necesario el consentimiento unánime de todos los miembros presentes en una reunión.

Sección Cuarta: Las deliberaciones de esta asociación se registrarán por lo dispuesto en

este reglamento, y cualquier asunto que no esté previsto en el mismo se decidirá por las Reglas Parlamentarias de Palmer o de Jefferson.

Sección Quinta: Los principios de ética médica aceptados por la Asociación Médica Americana regularán la conducta de los miembros en sus mutuas relaciones y con el pueblo.

CAPITULO DECIMOCUARTO

Sociedades de Distrito

Sección Primera: La Asociación Médica de Puerto Rico estará dividida en siete sociedades de distrito; una por cada uno de los distritos senatoriales en que está dividida la Isla.

Sección Segunda: Cada sociedad de distrito elegirá una Junta Directiva, que consistirá de un Presidente, un Vice-Presidente, un Secretario y un Tesorero por el término de un año; *Disponiéndose*, que el Presidente actuará a su vez como vocal por el Distrito en la Junta Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico y, *Disponiéndose además*, que ninguno de dichos funcionarios, a excepción del Secretario, podrá desempeñar su cargo por un período mayor de dos años consecutivamente.

Las sociedades de distrito se reunirán dentro de los 120 días después de la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico para la elección de estos funcionarios, los que servirán sus cargos por el término de un año y hasta que sus sucesores sean electos y hayan tomado posesión; *Disponiéndose*, que si la Sociedad de Distrito no fuere reunida dentro del término arriba fijado, el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico deberá convocar a asamblea a los miembros de dicha Sociedad de Distrito para la elección de los funcionarios correspondientes.

Sección Tercera: La mitad más uno de los miembros de la Sociedad de Distrito constituirá quorum; *Disponiéndose*, que si a la hora fijada para la reunión no lo hubiere, se esperará que transcurra una hora, al cabo de la cual, los miembros presentes constituirán quorum.

Sección Cuarta: El Secretario de la Sociedad de Distrito deberá comunicar antes del día 30 de abril de cada año al Secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico los nombres de los funcionarios electos.

Sección Quinta. Solamente tendrán derecho a votar y ser elegibles aquellos miembros que estén al día en el pago de sus cuotas; Entendiéndose que estarán al día aquellos miembros que hubieren pagado el primer semestre del año en curso.

Sección Sexta. El único requisito para ser miembro de una Sociedad de Distrito es el de pertenecer a la Asociación Médica de Puerto Rico y ser residente bona fide del distrito.

Sección Séptima: Las Sociedades de Distrito actuarán automáticamente en la celebración de asambleas y sesiones administrativas.

Sección Octava. De la cuota anual pagada a la Asociación Médica de Puerto Rico por cada uno de los miembros del Distrito se reembolsará a la Sociedad de Distrito el 20% para sus gastos locales; *Disponiéndose*, que dicho reembolso no se hará a la Sociedad Médica del Distrito de San Juan.

Sección Novena. Las Juntas Directivas de las Sociedades de Distrito investigarán y harán la correspondiente recomendación de los candidatos de su respectivo distrito que soliciten admisión en la Asociación Médica de Puerto Rico, debiendo rendir dicho informe dentro de un término de 10 días después de haberle sido solicitado.

Sección Décima: El Presidente de cada Sociedad de Distrito representará en todo acto o función oficial en su distrito al Pre-

sidente de la Asociación Médica de Puerto Rico cuando éste o el Vice-Presidente se vean privados de asistir al mismo.

Sección Undécima: Las Juntas Directivas de las Sociedades de Distrito investigarán y rendirán un informe a la Asociación Médica de Puerto Rico toda querella contra cualquier médico del distrito, no importa la índole de ésta.

CAPITULO DECIMOQUINTO

Enmiendas

Este reglamento podrá ser enmendado por las dos terceras partes del total de los miembros de la Cámara en una de sus reuniones, siempre y cuando que la enmienda haya sido presentada y considerada en una sesión anterior de dicho cuerpo.

The X-ray examination of recruits in Australia is to be extended to the permanent military forces. Every member of the forces will be re-radiographed on his returned from abroad. The incidence of active pulmonary tuberculosis was 0.55% among

the 9,000 men examined. Eric Coope, M. D., British Med. Jour., Aug. 24, 1940.

Pulmonary tuberculosis may still masquerade as chronic bronchitis. F. G. Chandler, Lancet, June 8, 1940.



DR. FRANCISCO J. HERNÁNDEZ

Distinguido compañero de esta capital, fallecido en la mañana del día 4 del cursante mes.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII OCTUBRE, 1940. Número 10

Editor y Admisistrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

NOTAS EDITORIALES

NUESTRO HOMENAJE AL DR. FRANCISCO J. HERNANDEZ

por el Dr. M. Quevedo Báez

Señores:

Por encargo, que es imperativo, para mí, vengo a cumplir el triste deber de representar, en este acto, a la Asociación Médica de Puerto Rico, por delegación directa de su Presidente, rindiendo así, un homenaje póstumo, de honor, al que fué uno de sus miembros más prestigiosos, el Dr. Francisco J. Hernández.

La muerte, tan inesperada como bien sentida, de compañero tan conspicuo y honorable, es resta bien dolorosa para la Asociación Médica, para la sociedad de Puerto Rico, que pierde uno de sus conciudadanos más connotados, y dolorosa y mucho, al par, para la justamente apenada familia Hernández González Padín.

No fuera extraño, que los méritos de un conciudadano como éste, no se destacaran

ante la generalidad con todos sus altos relieves, ya que, los hábitos de vida de este médico distinguido, disimulados estuvieron acaso por su gran modestia, por aquella, en él, ingénita, sencillez, que le restaban oportunidad de ostentar, todo su gran valimiento.

Hombres de estudio, de esta condición, hacen siempre hermandad de mérito grande, con su ciencia, alejados de toda vanagloria y publicidad.

Es, en el seno de las Academias, en lo recóndito y silenciado de sus gabinetes de estudio, que ellos acrecen y desenvuelven toda la magnitud de su noble ambicionar y de su valer. Viven replegados en ambientes de silencio, consagrados a los goces espirituales que, el hallazgo o la sorpresa de una verdad científica les proporciona. En éso es, que, noblemente, con ese orgullo que dignifica, ellos sienten la ufanía de su valer y de sus méritos. Es, que hacen misteriosa labor de abeja.

El Dr. Francisco Hernández, que fué de cepa ilustre, hizo un recorrido triunfador de su carrera médica, en todo el tiempo que la practicó. El cierra, al morir, el ciclo glorioso de tres generaciones médicas, vinculadas en su propia familia. Su apellido, en este orden de cosas, era el de los ilustres. Unos y otros, de esos médicos, que vivieron años, ya largos en las lejanías del tiempo idos, conquistaron reputación de justísimo renombre, en esta ciudad de San Juan.

Testigo fué ella, de aquel venerable apóstol médico, que se llamó don Francisco Hernández, a quien las clases altas, lo mismo que las del plano medio y bajo sociales, exaltaron de veneración, de respeto y de cariño, por cuanto él era y representaba.

Igual sólido prestigio, conquistaron, en los puestos públicos que desempeñaron, aquellos dos hermanos médicos, Dres. Juan y Ricardo Hernández; todos ellos clínicos bien reputados de su tiempo y, entre los

cuales está, el que fué progenitor dignísimo de este compañero, de este amigo, que, a su postrer destino, con rumbos de eternidad, traemos a este recinto augusto.

* * *

El Dr. Hernández no fué el médico de rutina, que se aísla exclusivamente en su especialidad de Patólogo, tan brillantemente por él ejercida. Claro, que a la magia atrayente de todos los misterios que a fuer de investigación imponen las prácticas del Laboratorio, se consagró, casi de cuerpo entero, a ellas. Pero, en Paco Hernández; éste era el nombre con que sus íntimos amigos le llamábamos, había, hondamente perfilado, un verdadero clínico, de juicio siempre certero y pocas veces vacilante. Tenía una gran seguridad, en sus juicios de apreciación diagnóstica, que los formulaba después de seria y detenida observación.

Pero ese clínico, que, en él había, cedía sus privilegios de honor, a los prestigios grandes del Patólogo en él existentes y que, nosotros los médicos todos le reconocíamos.

Es un hecho, que el hombre, instrumento de la historia, la sirve cuando ella lo demanda.

El Dr. Hernández, tuvo la fortuna, que siguió a un grupo de nuestros profesionales más prominentes, de servir a fines muy especiales, de nuestra historia médica.

Era el hecho, que, cuando ya declinaba, en sus atardeceres el siglo XIX, año 1898, nuestra vieja medicina como si hubiese terminado su misión, había de dar paso franco a las nuevas corrientes, de una medicina nueva, representativa en sus más puras esencias de aquel sabio y decisivo movimiento iniciado por la más grande figura médica del siglo pasado, el inmortal siempre venerado Pasteur, y que subseguido por el Laboratorio, cambió la faz y los derroteros, hasta esa fecha inciertos e imprecisos, de la vieja medicina, vieja, pero con los títulos de humanamente piadosa, que no

dejaron nunca de pertenecerle.

Siempre el mundo habrá de tener veneración para esa ciencia de la Bacteriología, que desentrañó misterios escondidos por tanto tiempo en los hondos senos de lo ignorado.

No sólo hizo ella, que borrados tantos errores, fuera desentrañada la causa suprema y real de la enfermedad, sino que promovió el desarrollo pleno de la higiene sanitaria, creadora del más grande bien social para la humanidad de nuestros días.

¿Qué habría sido sin sus luces, sin sus recursos, de la medicina preventiva, que ha puesto muro infranqueable de propagación, para la ruina, la devastación y la muerte de tantas múltiples enfermedades, que asolaban la humanidad en el pasado? No descansa el progreso en el exclusivo avance de la ciencia, si ésta no se humaniza con el bien humano, que prodigue. Si la ciencia fuera a ir sola sin esta condición de bien social, sería como es hoy, el escarnio para la destrucción, para la violación de todo santo derecho a la vida y para el crimen.

Fortuna fué para nuestro preclaro médico Dr. Hernández, ser uno entre los otros, también preclaros hombres de ciencia, de servir dentro de sus afanes de Laboratorio, de puente intermediario entre la medicina del pasado y ésta de ahora, que había de subseguirle.

De cuántos fueron los méritos alcanzados por el Dr. Hernández dícenlo las distintas posiciones que, con toda brillantez, desempeñó.

Graduado de la Universidad de Pennsylvania en 1904, ejerció puestos de médico titular en varias poblaciones de nuestra isla, hasta 1909, en que prestó servicios en el Departamento de Sanidad, en Enfermedades Transmisibles y supresión de la Uncinariosis.

En 1911 fué nombrado Inspector del Dis-

trito Este, de Sanidad.

En 1912, Director del Laboratorio Biológico; en 1923, Patólogo del Auxilio Mutuo; en igual fecha miembro del Tribunal Examinador de Médicos, y en 1926, Profesor de Patología Clínica en la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Puerto Rico.

En todos estos puestos, supo poner muy en alto sus prestigios médicos y los relevantes de su personalidad, nunca en desdoro de declinación.

Definió, con la nobleza de su ministerio, que no es la ciencia sola la que debe dar relieves de prestigio al médico. Hay algo más, que la clámide, honesta siempre del médico, debe vestir.

Debe haber en él, dosis bastante de sabiduría, pero dosis grande, mayor, si cabe, de humanismo; un humanismo, que traduzca amor y caridad; un humanismo, que sepa, a las veces, sin auxilio de drogas, llevar al alma de quien sufre, alivios de consuelo y de esperanza.

La ciencia debe ocupar sitio muy alto, en la mente del médico; pero la caridad debe vivir en su corazón también y que, en sus manos, se deje sentir su hábito supremo sin regateos de intereses egoístas y mezquinos.

El médico debe ser, algo, como el Jesús, que recorre los senderos de la vida, prodigando consuelo y aliviando penas y dolores para todos los que sufren.

Paco Hernández, este médico, que ahora inmóvil duerme sueño de eternidad, iba en silencio, con hábitos de modestia, realizando sus funciones médicas.

Y sus manos, que el bien hacían y que al doliente aliviaban, no profanaban su obra, porque ni el orgullo ni el interés mezquino las movían.

Hacía su ciencia, en silencios de una gran modestia, porque para él sólo la verdad y sólo el bien, eran los que trazaban

dietados de cumplimiento a su conciencia. Hizo su vida así, en los trazos de una recta, que, jamás se incurrió en miserables claudicaciones. Cumplió, a cabalidad de médico, de ciudadano y de jefe de familia, cuanto el deber le imponía. ¡Qué suprema satisfacción para quien, así, tan gravemente, se reclinó en el lecho postrero de la muerte!

Al fin, en un punto del camino, la muerte hace a este inolvidable amigo un alto y lo desploma. ¡Y cae vencido!

Enfermo, no lanza un quejido; sereno e imperturbable, se reclinó en su lecho, donde recibe todos los santos generosos alivios del cariño de la esposa y de los hijos amantes.

No teme, no siente el susto de un fin trágico que traidor lo acecha. Tiene el valor sereno de los justos y de los buenos. Y cuando llega, por sorpresa, la hora de su final de vida, no hace una contracción, no hace un gesto.

Sus labios se alinean en suavidad de contornos. Quizá, si resbalando, en esa hora tan solemne entre la vida y la muerte, más bien un beso, un efluvio de amor para los seres queridos que él deja en el mundo.

Y sus ojos, casi dulcemente se cierran. Muere, como mueren los que fueron justos y los que fueron buenos. Como mueren, liquidando su vida, aquellos que cumplieron humana y santamente sus bíblicos deberes.

Al rendir este tristísimo homenaje creo dejar cumplido el mandato, imperativo para mí, que me impusiera nuestra Asociación Médica de Puerto Rico.

Las palabras, diciendo mucho, no dicen nada de lo que el corazón, en agobios de su gran tristeza, quisiera decir.

Siempre la palabra es pobre y enmudece a flor de labio, cuando el dolor la preside.

Sólo, para una oración; sólo para un rezo, la palabra se sublima, en ondas de espi-

ritualidad. La hora, en verdad, cuando hay tanto reposo de paz en este recinto y las flores, que allí sobre el féretro descansan, hilvanan en esencias supremas cuanto hay de pena y de dolor en nuestras almas; la hora es sólo propicia para mirar al cie-

lo; hora de recogimiento, que invita a poner la mente en Dios, en cuyo seno de amor, a El pedimos, lleve el alma de nuestro amigo a descansar.

He dicho.

DR. ARTHUR C. MORGAN

Listo ya para entrar en prensa esta edición del Boletín nos llega la triste noticia de la muerte del distinguido profesional americano, Dr. Arthur C. Morgan, acaecida el día 20 del cursante mes en el Hospital de la Universidad de Temple, en Philadelphia.

Muere el ilustre profesor emérito de medicina clínica de la Universidad de Temple, a la edad de 71 años, y después de haber hecho un brillante recorrido en la profesión que tanto prestigió con sus vastos conocimientos.

El Dr. Morgan, quien honrara nuestra Asociación con su presencia y participación activa durante la celebración de la asamblea anual del año 1935, era una de las columnas más prestigiosas con que contaba la profesión médica americana, y uno de

los amigos y consejeros más sinceros que tenían todos los médicos puertorriqueños que cursaban estudios en las universidades radicadas en Pennsylvania o que visitaban la ciudad de Philadelphia. Durante su visita a Puerto Rico, el Dr. Morgan se captó, por su simpatía y por la elocuencia de su palabra, la admiración y el cariño de todos los médicos que tuvimos la oportunidad de oírle en sus distintas disertaciones científicas, aumentando así, considerablemente, el número de amigos con que ya contaba en nuestro país.

Por eso, en la hora de su muerte, es justo que expresemos en estas páginas, la honda pena que embarga a la clase médica puertorriqueña, y que hagamos llegar nuestra más sentida condolencia a los deudos del ilustre amigo fenecido.

CIRCULAR DE INTERES GENERAL
A V I S O A T O D O S L O S M E D I C O S

Estimado amigo y compañero:

Nos informa el compañero Dr. Miguel Veve, de Yabucoa, haber sido suspendido de empleo y sueldo por el Alcalde de dicha población, por cuestiones de índole político.

El Consejo de nuestra Asociación tiene bajo investigación este caso, y deseamos suplicarle que, de serle ofrecida la plaza de médico de la que ha sido destituido el compañero Veve, tenga la bondad de no aceptarla sin antes tener un cambio de impresiones con nuestra Asociación.

En la seguridad de que usted habrá de cooperar a la defensa de los derechos del médico, me suscribo de usted,

Atento amigo y compañero,

DAVID E. GARCIA, M. D.
Secretario

S U P L I C A

Tenemos en preparación un Directorio Médico que habrá de ser publicado en la próxima edición del Boletín.

Con el propósito de cotejar los datos que tenemos a mano sobre cada uno de los médicos que ejercen en nuestra isla y evitar la publicación de datos erróneos o inexactos, suplicamos a los compañeros nos envíen una tarjeta indicándonos la fecha de nacimiento, fecha de graduación, nombre del colegio,

especialidad a que se dedica, y sitios donde trabaja.

Como hemos dicho antes, tenemos todos los datos arriba enumerados, obtenidos en distintas fuentes de información, y al solicitarlos es nuestro propósito asegurarnos de que éstos sean correctos.

Agradeceremos la cooperación de todos los compañeros.

LA PLATAFORMA DE LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA

La Asociación Médica Americana aboga por:

1. *El establecimiento de una agencia del gobierno federal que tenga a su cargo la coordinación y administración de todas las funciones médicas y de salud del gobierno federal, excluyendo las del Regimiento y la Armada.*

2. *La asignación de fondos por el Congreso para cualquier estado que necesite de ellos, para la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la atención de los enfermos que comprueben necesitarlos.*

3. *El principio de que la administración de la salud pública y la provisión de servicios médicos para los enfermos es principalmente una responsabilidad local.*

4. *El desarrollo de un mecanismo para afrontar las necesidades de ampliación de los servicios médicos preventivos, con determinación de las necesidades locales y control local de la administración.*

5. *La expansión de atención médica para los indigentes y los necesitados de atención médica, con determinación de las necesidades locales y control local de la administración.*

6. *En la expansión de los servicios médicos para el pueblo en general el uso de todas las facilidades médicas y hospitalarias ya establecidas y calificadas para servir a la comunidad.*

7. *Un continuo desarrollo de la práctica privada de la medicina, sujeto a tales cambios como puedan ser necesarios para mantener la calidad de los servicios médicos y para hacerlos más accesibles.*

8. *Expansión de los servicios médicos y de salud pública en compatibilidad con el sistema democrático americano.*

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reunión del mes:

En la noche del 11 del cursante mes reuniéronse en el edificio de la Asociación, los siguientes miembros del Consejo y el Comité Científico:

Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. David E. García
Dr. C. E. Muñoz MacCormick

En primer lugar se discutió un asunto relacionado con el compañero Dr. Miguel Veve, de Yabúcoa, quien fué suspendido de empleo y sueldo por el Alcalde de dicha población por cuestiones de índole político. Tras una breve discusión, se acordó encomendar este asunto al Dr. R. Mejía Ruiz, de la ciudad de Humacao, y miembro del Consejo, para que realice una investigación y trate, si ello fuera posible, de conseguir que el mismo sea resuelto satisfactoriamente. También se acordó enviar una carta a los compañeros de la isla, suplicándoles no aceptar la plaza de que ha sido destituido el Dr. Veve, si ésta les fuera ofrecida, sin antes tener un cambio de impresiones con la directiva de la Asociación, y cuya carta publicamos en otra parte de este mismo número para conocimiento de todos los miembros de la Asociación.

Luego se procedió a discutir los planes y a organizar en las distintas secciones los trabajos que hasta esta fecha se habían recibido por el Comité Científico para la asamblea anual de la Asociación.

Dr. Winfred Overholser:

En la noche del lunes 7 del mes en curso, y bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, que preside nuestro buen amigo el Dr. Luis M. Mora-

les, llevóse a efecto en el edificio de la Asociación, ante una nutrida concurrencia compuesta por médicos y juristas, una reunión de carácter científico, y en la cual dictó una interesante conferencia sobre "Testimonio Pericial Psiquiátrico" el distinguido psiquiatra americano, Dr. Winfred Overholser.

El Dr. Overholser, quien es Superintendente Médico del Saint Elizabeth's Hospital, en Washington, y quien goza de prestigio internacional en su especialidad, desarrolló el tema de su conferencia con singular maestría, y contestó todas las preguntas que al final de su disertación le hicieron varios de los señores presentes.

Durante su corta estadía en nuestra isla el Dr. Overholser dispensó una cordial visita a las instituciones gubernamentales y privadas que se dedican al tratamiento de enfermos mentales, teniendo para todas frases muy laudatorias por la forma hábil en que están siendo dirigidas.

Dr. Francisco J. Hernández:

En la mañana del día 4 del cursante mes, y a la edad de 58 años, falleció en su residencia en Santurce, el distinguido colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Fué el Dr. Hernández, uno de los miembros más entusiastas que ha tenido en su seno nuestra Asociación, a la cual prestó en todo momento su valioso concurso, y persona que gozaba de gran simpatía entre sus compañeros de profesión así como entre todos los que le conocieron, por su singular carácter y buen humor.

En la columna editorial de este mismo número publicamos el homenaje que en el acto del sepelio le rindiera a nombre de nuestra Asociación, el querido amigo Dr. Manuel Quevedo Báez, y en el cual, en fra-

ses sentidas de condolencia, se hace una reseña concisa de lo que significó para la clase médica puertorriqueña y para el pueblo en general el querido compañero fenecido.

El Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, al dar cuenta del luctuoso acontecimiento, desea hacer llegar a todos los deudos del estimado amigo, la expresión de su más profunda condolencia.

Asamblea Anual:

A medida que se va aproximando la fecha de la próxima asamblea anual de nuestra Asociación, va haciéndose más palpable nuestro vaticinio, de que la reunión de este año habrá de constituir una exposición fiel de los últimos adelantos alcanzados por la ciencia médica.

El número de trabajos recibidos hasta la fecha de los compañeros de la isla, aunque no tan numeroso como en ocasiones anteriores, es suficiente para llenar a cabalidad todas las secciones del programa, y la aportación de compañeros del extranjero supera a la de otros años. Está pues, asegurado de antemano, el éxito científico de la próxima asamblea anual.

Dr. P. Morales Otero:

El lunes 30 del pasado mes regresó a nuestra isla, tras un viaje de placer y estudios por el Norte, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Reciba el compañero nuestro cordial saludo.

Dr. E. Fernández García:

El día 3 del cursante mes embarcó hacia los Estados Unidos, en viaje de placer, el querido amigo Dr. Eugenio Fernández García.

Una muy grata permanencia en el Con-

tinente deseamos al estimado colega.

Dr. M. García de Quevedo:

El sábado 5 del mes en curso embarcó hacia el Norte, en viaje de placer y estudios, el estimado compañero Dr. M. García de Quevedo, del pueblo de Añasco.

Muy gratas impresiones durante su viaje deseamos al querido amigo.

Dra. Chairs Gould:

Disfrutando de unas cortas vacaciones se encuentra por los Estados Unidos, la estimada colega cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas, del Staff del Hospital Presbiteriano y miembro del Comité Científico de nuestra Asociación.

Que disfrute a plenitud de sus vacaciones deseamos a la distinguida compañera.

Dr. Ricardo F. Fernández:

También se encuentra por los Estados Unidos, en viaje de placer, el querido amigo Dr. Ricardo Fernández, del Staff del Instituto Oftálmico, y miembro también del Comité Científico de nuestra Asociación.

Muy gratas impresiones deseamos al amigo Fernández durante su viaje por el Continente.

Dr. Luis M. Morales:

Para estar presente durante la intervención quirúrgica a que habrá de ser sometido uno de sus hermanos, se vió precisado a salir hacia los Estados Unidos por la vía aérea, el día 16 del cursante mes, el querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota, y quien preside la Sociedad Médica del Distrito de San Juan.

Hacemos votos por que la operación a que

habrá de ser sometido el hermano del compañero Dr. Morales sea un éxito.

Dr. O. Costa Mandry:

Después de una ausencia de más de un mes, regresó a nuestra isla, el lunes 28 del cursante, el querido amigo, Dr. O. Costa Mandry, Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Reciba el distinguido colega un cordial saludo de bienvenida.

Dr. Ramón M. Suárez:

Recientemente regresó de los Estados Unidos, en donde se encontraba en viaje de estudios, nuestro estimado colega el Dr. Ramón M. Suárez.

Reciba el amigo Suárez nuestro cordial saludo.

Dr. R. Rodríguez Molina:

El martes 22 del mes en curso embarcó hacia los Estados Unidos, en viaje de placer, el estimado colega cuyo nombre encabeza estas líneas.

Un feliz viaje y una grata estadía en el Norte deseamos al querido amigo.

Dr. José S. Belaval:

Disfrutando de una temporada de asueto se encuentra por los Estados Unidos el querido amigo Dr. José S. Belaval.

Deseamos al compañero una grata permanencia en el Continente.

Dr. Jenaro Suárez:

Recientemente regresó a nuestra isla, tras un viaje de placer y estudios en los Estados Unidos, el querido amigo Dr. Jenaro Suárez.

Reciba el compañero nuestro cordial saludo.

Dr. Jaime Vilá:

En viaje de placer y estudios se encuentra en el Norte el compañero cuyo nom-

bre encabeza estas líneas.

Deseamos al amigo Vilá un feliz viaje y mucho éxito en sus estudios.

Saludos:

Hemos recibido afectuoso saludo del compañero Ernesto Quintero, quien se encuentra por los Estados Unidos en viaje de placer y estudios, saludo que deseamos reciprocitar por medio de estas líneas.

Nuevo miembro:

La lista de miembros de nuestra Asociación ha sido aumentada con el reciente ingreso a nuestras filas del querido amigo Dr. Daniel Landrón, del Hospital de Distrito de Fajardo.

Reciba el compañero Landrón nuestra cordial bienvenida al seno de la Asociación.

Servicio Militar:

Con fecha 16 del cursante mes, y con motivo de los preparativos de defensa nacional, han sido llamados al servicio militar activo los siguientes compañeros:

Maj. Luis B. de la Vega
Lt. Col. F. García de la Torre
Maj. Eurípides Silva
Maj. Abel de Juan
Capt. Víctor J. Montilla
Capt. Natalio Bayonet
Capt. José Néstor Cardona
Capt. Luis A. Passalacqua
Capt. J. A. Gallardo Díaz
Capt. Manuel de Diego
Capt. M. Guzmán Rodríguez
Capt. Carlos M. Juliá
Capt. Roberto Busó Carrasquillo
Lt. Andrés S. Salazar
Lt. Daniel Landrón
Lt. R. J. Jiménez López
Lt. Antonio Guijarro
Lt. Leopoldo García

ABSTRACTS OF PAPERS PRESENTED AT THE THIRTY - SIX ANNUAL
MEETING OF THE NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION, CLEVELAND, OHIO, JUNE 3 TO 6, 1940.

THE APPLICATION OF LAMINAGRAPHY IN
CHEST CONDITIONS

*William H. Weidman, M. D. and Jean
Kieffer,
Norwich, Conn.*

This study was made to definitely evaluate the various X-ray diagnostic procedures and to correlate them with the results obtained by laminagraphy. This included stereoscopic and lateral films, fluoroscopic examinations, over-exposed P. A. Lysholm films, and horizontal bucky films taken with the patient in the same position as that used for the laminagrams. Fluoroscopic examination gave meager information and was soon discontinued.

The laminagrams were at first taken on 14 by 17 films. However, 10 by 12 inch film proved more satisfactory on account of reduced cost and greatly increased diagnostic value due to the better elimination of secondary radiation. For the earlier study laminagrams were made 2 cm. apart, but a distance of 1 or 1.5 cm. was found more satisfactory.

Since more information, in tuberculosis at least, is derived from a study of the posterior three-quarters of the chest, most laminagrams were taken with the patient in a supine position.

The importance of the cooperation of the roentgenologist with the technician and the value of a rigid dark-room technique must be stressed.

Scouting films were taken and developed and the exposure factors corrected for optimum visualization in each case before proceeding with the laminagraphic series.

The best results were obtained using 40 MAS, the proper kilovoltage being determined by the results of the scouting film. It is very important that all the laminagrams be taken at the same phase of respiration and that the patient maintain the same position during the taking of the entire series.

The routine laminagrams were made using the parabolic spiral motion embodied in the laminagraph of Kieffer. Comparative studies made using rectilinear and circular motions showed that the spiral motion is far superior, particularly when small structures need to be visualized.

The interpretation of laminagrams should be done in conjunction with all the relevant conventional films. The sectional films should be viewed in the same orientation and in sequence. The limitations of the technique must always be kept in mind. The chief difficulty appears to be the unfamiliarity of structures never before visualized. This is overcome with experience. Indications for laminagraphic studies are varied and mostly a matter of judgment, i. e., laminagraphy should be used when it is felt that the results of conventional technique are unsatisfactory. Its ability to provide better visualization of cavities has been spectacular but this is only a very limited field of its usefulness. It has been found valuable in cases of lung abscess,

bronchiectasis, bronchial stenosis and occlusion, atelectasis, broncho-pleural fistulae, tumors, paraffin packs, and is considered to be indispensable in the study of thoracoplasty cases.

This study consists of 100 consecutive chest cases where laminagraphy was thought desirable and includes all the above conditions. In only 18 cases the laminagraphic study added nothing of value to the results of the conventional methods. It is felt that some of these apparent failures were due to the inadequacy of the early techniques used. The series included 44 random thoracoplasty cases done at various institutions with various operative techniques. In 40 of these the laminagraphic study disclosed valuable information not obtained by any other means and the information was entirely unsuspected in 25. The paper includes a detailed account of the results.

—
A FOLLOW-UP STUDY OF TUBERCULIN RE-
ACTORS AND EXPOSURE CASES REMOVED
FROM CONTACT — AN INQUIRY INTO EN-
DOGENOUS REINFECTION

J. A. Johnston, M. D.
Detroit, Mich.

1. Eight hundred and twenty-eight reactors were removed from contact and followed in boarding houses for varying periods up to twelve years. There were detected thirty-three cases of reinfection type disease of which twenty-three developed after contact was broken.

2. Eighteen of the twenty-three reinfections developing after reactors had been transferred to foster homes occurred in children with a history of exposure in their own homes.

3. There have been two deaths from tuberculosis in the study, one from a miliary

process at the age of three months, another from miliary at fifteen years, a result which is interpreted as favoring the view that something has been accomplished by the system of follow-up and preventorium care.

4. Quantitative estimation of hypersensitiveness to tuberculin were made periodically throughout the study with the following results: (a) there was a quantitative fluctuation for the most part unexplained with a general tendency to decline; (b) in twenty-six instances, reaction was lost to 0.1 mg. old tuberculin and in twelve instances to 1.0 mg., in all except three of whom there was X-ray evidence of calcification.

5.—Among 135 contacts who failed to react on their first examination no evidence of tuberculosis was found in the X-ray.

6.—These two findings, viz. the presence of calcium in those losing reactivity, and the absence of findings in contacts who did not react to tuberculin, suggest that the tuberculin test is an adequate screen for significant disease in this age range.

7.—Certain metabolic observations were made on a number of factors relating to the nutrition of the growth period which bring out (1) the high protein requirement of the growing child; (2) a correlation between negative nitrogen balances and the failure of disease to heal; (3) the depressing effect on the retention of nitrogen and calcium of the phenomena of puberty in the girl; (4) the similar effect of the presence of a focal infection and of (5) abnormalities in the basal metabolic rate.

—
FUTURE HEALTH DEVELOPMENT IN
NEIGHBORHOOD AREAS OF GREATER
NEW YORK

Kenneth D. Widdemer
New York, N. Y.

In spite of the great advances made by the New York City Health Department

since its beginning in 1866, far too many people still succumb to diseases which medical science now knows how to prevent. The problem we face today is that of making those facts the real possession of all the people. Only as we do this will we measure up to the opportunities that lie at our very door-step for the further prevention of sickness and the promotion of positive good health.

In 1934, in recognition of the fact that the Health Department must carry forward a more intensive program closer to the people, there was started under the direction of Commissioner John L. Rice, a program of localized health administration to be conducted within the thirty areas, into which the greater city had been divided. The program is designed to promote an intimate knowledge, on the part of public executives, of the special needs, problems and resources of individual neighborhoods and to facilitate the wise adaptation of the general health program to these special needs.

This plan calls ultimately for the provision of a Health Administration Building in each of the districts with a qualified, full-time health officer and staff. From these centers and subsidiary satellite units the Health Department will coordinate and carry on its normal functions for each neighborhood. The District Health Building should also be the meeting point at which the leaders of local official and non-official agencies and citizens as individuals can collaborate for the common purpose of neighborhood health and provide, through District Health Committees, a channel through which each local community can take an increasingly active part in promoting health activities.

It is recognized in this program that the vitality and success of health work in a great city depends on a strong, growing municipal health department, conducting

its work within areas of manageable size, surrounded by a strong supporting group of interested citizens, voluntary agencies and organizations all working together.

There is likely to be no difference of opinion as to the fundamental importance of this philosophy and of this plan of organization. However, many questions remain to be answered from experience as to methods of carrying out the district program and the ultimate full functioning of localized health service and how the community can most effectively play its part in this shifting scene.

In spite of this deep roots, its effective service, its great promise and the dramatic progress already made toward the establishment of a municipal program of localized health administration in New York City, the job is only well begun.

Fourteen new district health buildings are still to be provided, twenty-two more sub-stations are needed. More adequate health programs for a number of the individual neighborhoods are still to be provided. The important job of building citizen participation around the local programs has been started in only seven districts and is still in an early stage of development. And most important, the public is not yet fully awakened to an understanding of the great opportunity which its Health Department's new program now offers for further rapid advancement in the control of disease and the promotion of positive good health.

LONG-RANGE PLANNING FOR HEALTH EDUCATION

*Lucy S. Morgan, Ph. D.
Hartford, Conn.*

Whatever preliminary fact-finding surveys may record as a basis for planning

future health programs, there must almost certainly be long-range and short-range planning in the same program.

In most communities, there are those who know if they stop to analyse the situation that there are innumerable untapped resources to be used in developing a health education program. But in far too many communities health education is considered the responsibility of one organization or as an inconsequential part of the program of others.

A long-range Community Health Education Program was initiated in Hartford, in June 1938, by the Hartford Tuberculosis and Public Health Society but it might just as well have come from any agency sponsoring health education activities. This program had as its principal objective the presentation of health information to every person in the community at his level of intelligence or interest. The objective was to be attained by utilizing all available community resources. Responsibility for developing the program was given to an Executive Committee representing 18 agencies.

Thirty subjects were scheduled for group discussion during the fall and winter months. The whole or any part of the entire discussion series was offered to any group that wished to participate in the program.

During the thirty-week period in which the program was evaluated 327 meetings were held by 121 groups with a total of 18,397 persons in attendance. Seventy-three speakers gave 310 talks on 47 subjects. There were 329 film showings, 43 films and 3 filmstrips used. Fourteen demonstrations were given and 3 field trips made during the 30 week period.

Certainly short-range achievements must be obtained to bring encouragement to participating groups. The 1938 Community Health Education Program served this pur-

pose, as well as being the second real experience in fact-finding for the five-year long-range plan which followed.

This five-year plan lists: (1) The District; (2) Institutes for Leaders; (3) Methods Demonstrations in Schools; (4) Adult Forums and (5) Research as the Five Major Emphases for Development.

The city has been divided into 12 districts by a grouping of census tracts. In each district the program is being built around the logical pivot which may be a community house, school, church or special group. In each district, a steering committee made up of representatives from the district is charged with the responsibility for developing the program. Active programs are under way in several districts at the present time. Every year additional districts will be reached until the entire program has been developed.

Institutes for leaders are held at regular intervals. At these institutes which serve as educational clinics the health officer presents the health problems of the community and educators discuss methods of presenting these problems to all age groups.

Ideally adult education programs should be coordinated with formal school programs in order that adults and children can learn and discuss the same things at the same time. Through special methods demonstrations in the schools the first steps toward this end are being taken.

A certain portion of the population will never be reached by the Emphases described above and therefore adult forums, radio programs and news stories are provided for these groups.

In order to clarify the objectives of the program and to determine the extent to which they are obtained research is being undertaken which provides for an evaluation of method, for making "gallup" or other surveys on attitudes and for replan-

ning the program in the light of any significant findings.

The Hartford Community Health Education Program described represents the first organized effort that has ever been made in the city to coordinate the health education activities of both official and non-official agencies in a long-range program for the community.

MEDICAL RESEARCH IN TUBERCULOSIS —
A NON-TECHNICAL INTERPRETATION

Esmond R. Long, M. D.
Philadelphia, Pa.

Research can be interpreted non-technically only in terms of its possibilities and results. Non-technical explanation of its methods is almost impossible, because in the present day advancement of science, research, i. e., the investigation of new fields of knowledge, must go forward from an already achieved elaborate understanding.

When important results are apparent the

methods by which they were reached are accepted without question. No one would doubt the value of Perkin's and Hofmann's highly technical studies on aniline and its combinations, with a quarter of a million dye stuffs and a billion dollar dye industry before him, or of Roentgen's early experiments, if he had any conception of the vast field of atomic physics. Indeed, no one would regret their initial cost if the results had been nothing more, respectively, than the acid-fast staining of the tubercle bacillus and chest X-ray photography—to think in terms only of our own relatively small problems.

Interpretation of research in the light of its achievements is not difficult. Estimation of its importance in its course is more difficult, and can only be made through an understanding of its possibilities. In attempting to estimate the value of our own research program the logical method is to explore the possibilities of each investigation in the light of past experience.

DRENOBIL

EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

Distribuidor Exclusivo:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1088 - San Juan, Puerto Rico.

TIN-TABS (COLE)

En el tratamiento de las

LESIONES ESTAFILOCOCCICAS DE LA PIEL

Tin Tabs (óxido de zinc, 1/3 gr.; zinc metálico, 1 4/5 gr.; amilum, 1gr.; sucrosa, 1 gr.) ha sido empleado con éxito en el tratamiento no-quirúrgico de las lesiones estafilocócicas de la piel. Su administración tiende a aumentar la resistencia hacia los Estafilococos, produciendo así la rápida desaparición de las manifestaciones de la infección. Por lo regular las lesiones disminuyen en tamaño, desaparece el dolor y la reabsorción se produce prontamente. Frecuentemente se evita la supuración con el uso temprano de Tin Tabs (Cole), y por lo general no es necesario recurrir a la incisión. Los Tin Tabs (Cole) son usados en el tratamiento de furúnculos, carbunclos y orzuelos. Cuando el caso lo indique, conjuntamente con Tin Tabs podrán usarse compresas calientes.

Gustosamente enviaremos literatura descriptiva a solicitud.

COLE CHEMICAL CO.

ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

Enrique Vélez Posada

Calle O'Donell No. 12, Box 1088 - San Juan, P. R.



ENTORAL

(VACUNA ORAL CONTRA
RESFRIADOS, LILLY)

EL 'ENTORAL' (Vacuna Oral contra Resfriados, Lilly) aumenta substancialmente los anticuerpos heterofilos en los individuos susceptibles a las infecciones del aparato respiratorio. Las desventajas de la administración pa-

renteral se eliminan, pudiéndose así utilizar dosis frecuentes para mantener la inmunidad.

'Entoral' se presenta por conducto de las farmacias y droguerías en envases de 20 y de 60 pulvules (cápsulas llenas).

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E.U.A.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA

DE

PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

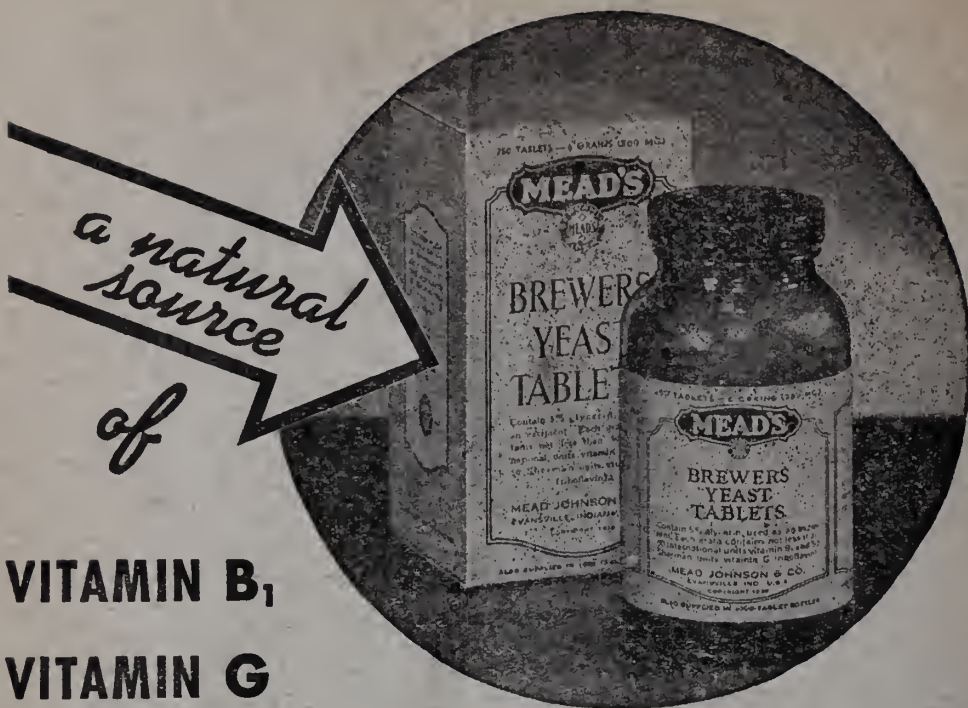


HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY.

DEC 12 1940

A

PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO



VITAMIN B₁
VITAMIN G

and other known factors of the
VITAMIN B COMPLEX
including nicotinic acid

MEAD'S BREWERS YEAST TABLETS • Each Mead's Brewers Yeast Tablet contains 20 International units of vitamin B₁ (thiamin — the antineuritic factor) and 20 Sherman units of vitamin G (riboflavin). Clinical tests have shown the product to be rich also in nicotinic acid, for the prevention and treatment of pellagra. Supplied in 6-grain tablets in bottles of 250 and 1,000.

MEAD'S BREWERS YEAST POWDER • Each gram ($\frac{1}{2}$ teaspoon) supplies 50 International units of vitamin B₁ and 50 Sherman units of vitamin G (the same potency as Mead's Brewers Yeast Tablets), as well as nicotinic acid. Mixes readily with various vehicles the physician may specify in infant feeding. Supplied in 6-oz. bottles.

Mead's Brewers Yeast is nonviable and is vacuum-packed to prevent oxidation. Packed in brown bottles and sealed cartons for greater protection.

MEAD JOHNSON & COMPANY, EVANSVILLE, INDIANA, U. S. A.
P. O. Box No. 3081, San Juan

SUMARIO

Página

Annual Report (Fiscal Year 1939-40) of the Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico, O. Costa Mandry, M. D., Santurce, P. R.	391
NOTAS EDITORIALES	
Asamblea Anual	425
Nuestra representación médica en la próxima Asamblea Legislativa	426
Inter-American Institute for Hospital Administrators	426
Campaña de Sellos de Navidad	427
Noticias Médico-Sociales	428
Programa Científico de la Asamblea Anual	432
Programa parcial del Instituto Inter-Americano para Administradores de Hospitales	434
Programme of Lectures, Clinics and Clinico-Pathological Conferences to be held at the School of Tropical Medicine	435

Suscripción Anual
Tres Dólares

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

AVISO A NUESTROS COLABORADORES Y SUSCRIPTORES

EL BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el Organó Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico y se publica el día último de cada mes.

Todo miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico tiene derecho a recibir un ejemplar del Boletín todos los meses.

Suscripciones: El precio de suscripción del BOLETIN es de \$3.00 al año. Las suscripciones deberán enviarse a la Asociación Médica de Puerto Rico, Apartado de Correos Núm. 3866, Santurce, P. R.

Manuscritos: Todo trabajo leído en las sesiones científicas de la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico o ante las asociaciones médicas de distrito es propiedad del BOLETIN, y deberá ser entregado al Editor para su publicación en el mismo.

EL BOLETIN invita a los socios de la Asociación Médica de Puerto Rico y a los miembros de la profesión médica en general, a enviar sus *trabajos originales* sobre cualquier materia de índole científica. No se aceptarán para su publicación artículos que hayan aparecido en otras revistas o periódicos.

Los manuscritos deberán enviarse al Editor-en-Jefe, Apartado 3866, Santurce, P. R., y deberán venir escritos en maquinilla a doble espacio. Si el artículo viniera acompañado por figuras, diagramas o tablas, el autor deberá indicar el sitio donde desea que éstas sean incluidas, y asimismo deberá anotar las descripciones que dichas figuras, diagramas o tablas deben llevar. El autor debe revisar cuidadosamente sus manuscritos antes de enviarlos al Editor.

Reimpresos: Cada autor tendrá derecho a 25 reimpresos de su artículo gratis. Cualquier número adicional de reimpresos será suplido al precio de costo. En ambos casos el autor deberá hacer su solicitud al hacer entrega del trabajo.

Anuncios: Para tarifa de anuncios puede dirigirse al BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO, Apartado 3866, Santurce, P. R.

Cambios de Residencia: Agradeceremos a los miembros de la Asociación y a los Suscriptores nos comuniquen a su debido tiempo de cualquier cambio de residencia.

Reproducción de Artículos: Queda terminantemente prohibida la reproducción total o parcial de los trabajos publicados en el BOLETIN, sin el consentimiento previo del Editor.



SOLUCION DE
SALICILATO DE SODA MARIN

PRODUCTO FARMACEUTICO FABRICADO EN PUERTO RICO QUE
ESTA SIENDO USADO POR LA CLASE MEDICA POR LAS RAZONES
SIGUIENTES:

- 1—SU CALIDAD INSUPERABLE.
- 2—NITIDEZ EN SU PRESENTACION.
- 3—PRECIO AL CONSUMIDOR UN 50% DEL IMPOR-
TADO.
- 4—AL PREFERIR PRODUCTOS DEL PAIS AYUDA
A LEVANTAR EL STANDARD FARMACEUTICO
DE PUERTO RICO.

EN IGUALDAD DE CONDICIONES PROTEJA LO NUESTRO

MANUEL MARIN CO. INC.

DIVISION

PRODUCTOS MEDICINALES
MAYAGUEZ, PUERTO RICO



EL OJO MAGICO DE LA INDUSTRIA



Este equipo Metalográfico de Investigación se usa para observar y registrar fotográficamente, la estructura física de los metales y aleaciones bajo un aumento de 12,000 veces. Este es uno de los instrumentos más importantes que ayudan a la industria productora de maravillosos metales modernos, ayuda a mantener el control y a prede-

terminar la actuación del producto terminado.

La creación y construcción de instrumentos ópticos es cosa común y corriente en la fábrica Bausch & Lomb en donde durante tres generaciones tan sólo se ha tolerado el máximo de excelencia. Estos instrumentos, de precio sumamente equitativo, están a la disposición de la ciencia e industria de todo el mundo. A petición suministraremos catálogos ilustrados.

H. V. GROSS CO. — COMERCIO 21 — SAN JUAN, PUERTO RICO

Bausch & Lomb

C O R T E S I A
D E L A
F A R M A C I A B L A N C O

*Cooperando con la Clase Médica Puertorriqueña por
más de 60 años*

— — —

S A N J U A N y S A N T U R C E

Teléfonos San Juan 34 y 35

Santurce 785

★
GEL DE HIDROXIDO DE
ALUMINIO DE WYETH



AMPHOJEL

● La literatura médica contemporánea refleja la tendencia a reconocer el hidróxido de aluminio como el tratamiento sobresaliente para la hiperacidez, la gastritis y la úlcera péptica.

Los clínicos están de acuerdo en que los puntos más notables del AMPHOJEL son:

- Pronto Alivio del Dolor.
- Seguridad.
- Ayuda a la Pronta Cicatrización de la úlcera péptica.
- Excelentes resultados en casos de úlcera sangrante (administrado por el método de "gota a gota").

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

LONDRES, INGLATERRA

SYDNEY, AUSTRALIA

WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

KAOMAGMA

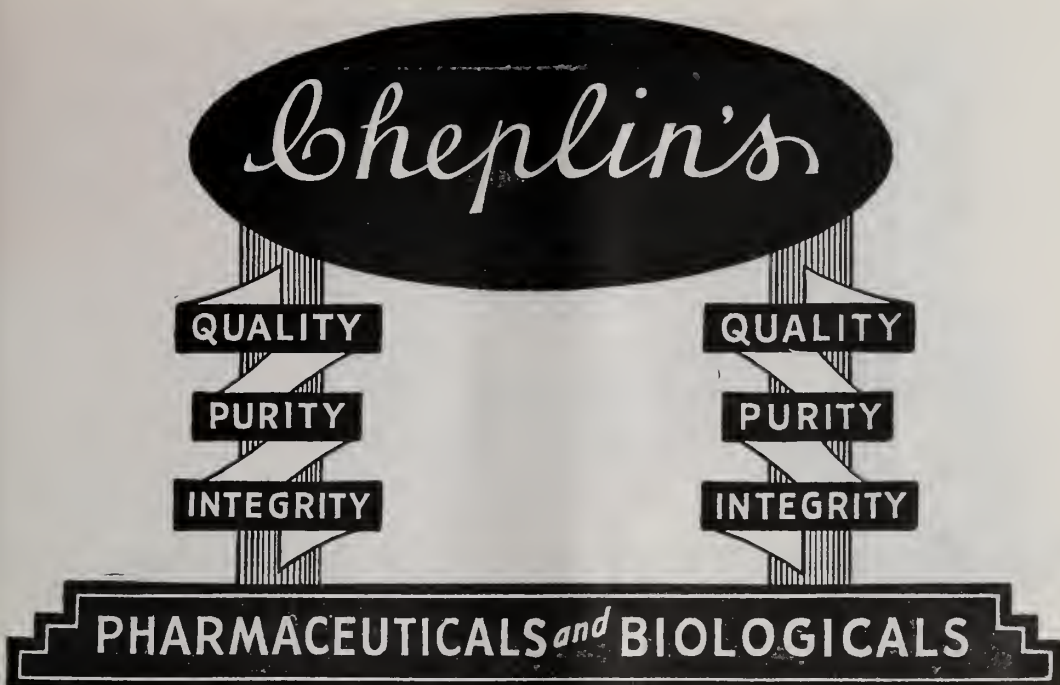
Gel de Hidróxido de Aluminio de Wyeth



● KAOMAGMA, con su intensa acción flúida adsorbente, es valiosa para detener la diarrea; su efecto calmante la hace eficaz en el tratamiento de ese grupo de síntomas conocido como "colon inestable", "colon irritable", "colitis mucosa", etc.

Se Ofrece en Dos Tipos

KAOMAGMA Simple
KAOMAGMA con Aceite Mineral



PRODUCTOS ACEPTADOS

Los productos de Cheplin han sido siempre manufacturados con el propósito de alcanzar el standard de "Productos Aceptados" y nunca con el objeto de ser expendidos a un precio bajo. La Firma de Cheplin sabe que la calidad de un producto es la base de la economía.

Con el objeto de manufacturar productos de la más alta calidad y de absoluta pureza, la fábrica de Cheplin en Syracuse, N. Y., E. U. A., se mantiene escrupulosamente limpia — tie-

ne el equipo más completo y moderno que puede obtenerse en plaza. El personal de esta firma está integrado y dirigido por hombres de ciencia y de reconocida eficiencia, y mujeres que están pendientes de los supremos hallazgos realizados por los investigadores.

Este meticuloso cuidado y esta constante vigilancia ha servido para levantar el ideal de Cheplin — de Calidad, Pureza e Integridad — que trae como resultado una Economía para Ud.

- Pólicita Catálogo y Precios -

Productos de
CHEPLIN BIOLOGICAL LABS., Inc
Syracuse, N. Y., E. U. A.



*Distributed
by*

PELEGRINA & LLORENS

REPRESENTANTES DE FABRICAS

SALVADOR BRAU 70

SAN JUAN, P.R.



DE TODOS ESTOS ... EL MEJOR

“Muchas modificaciones básicas de la leche de vaca, biológicamente designada originalmente para llenar los requisitos del rápido crecimiento de un ternero, han sido realizadas con el propósito de ajustar sus factores esenciales dentro de la capacidad digestiva y asimilativa del desarrollo mucho más lento de una criaturita. De todos estos, el proceso que produce la leche evaporada... parece ser el que mejor se ajusta a los requisitos de la mayoría de los casos, y éste tiene además la ventaja de ser universal... estar al alcance de todos y de ser relativamente barato”. —Discusión de mesa redonda, Novena Asamblea Anual de la Academia Americana de Pediatras, Jour. of Pediat., p. 130, enero 1940.

LA opinión favorable que sobre la leche evaporada tienen miembros de la Academia Americana de Pediatras, es sustentada también por médicos en todas partes de los Estados Unidos. Y la *Leche Carnation Irradiada* es designada por muchos de ellos como una leche evaporada de la más alta calidad.

La Leche Carnation se distingue por su pureza, por ser de fácil digestión y de composi-

ción uniforme, y por las propiedades nutritivas que posee, condiciones éstas que son complementadas con la irradiación para agregar el poder antirraquítico de la vitamina D.

También usted encontrará que Carnation sobresale como una leche apropiada para la confección de fórmulas alimenticias para infantes.

Agente Exclusivo: AMERICO MIRANDA
SAN JUAN, PUERTO RICO.

LECHE CARNATION IRRADIADA

“De Vacas Contentas”



La Leche Carnation Irradiada ha sido aceptada por el Consejo de Alimentos de la Asociación Médica Americana.

PLASTULES HEMATOGENAS

La Ferroterapia Moderna

Extensas pruebas clínicas muestran la marcada mejoría en la sangre producida por el uso de las Plástules Hematógenas en casos de anemia hipocrómica, anemia secundaria, anemias de la gravidez y debilidad general.

Sulfato Ferroso en
Cápsulas Elásticas Solubles
Simples y con
Concentrado de Hígado



BOVININE COMPANY

CHICAGO, ILL., E. U. A.

Distribuidores:

CASTAGNET & CASTILLO CO.

P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

HIERRO

En una Forma Eficaz, Bien
Tolerada y Fácil de Tomar



PLÁSTULES HEMATÓGENAS

Al escoger la ferroterapia, las Plástules Hematógenas son las preferidas porque—Las Plástules Hematógenas

- Son satisfactorias en pruebas clínicas reales
- Son excepcionalmente bien toleradas
- Producen una reacción rápida en la sangre
- Dan excelentes resultados

Hoy en día se requiere una forma de ferroterapia eficaz y económica. Lo pequeño de la dosis, lo fácil de su asimilación y lo pronto de la reacción, hacen de las Plástules Hematógenas la ferroterapia preferida.

Controla



**TEMPERATURA FEBRIL,
CONGESTIÓN E
INFLAMACIÓN**

EFECTOS antipiréticos y analgésicos definitivos y seguros pueden ser obtenidos sin el peligro de trastornos gástricos, con aplicaciones locales de la "super-cataplasma."

NUMOTIZINE

Numotizine produce el efecto total del emplasto de caolín—proporciona calor local y disipa la congestión. Además, debido a sus efectos sistemáticos cuando son absorbidos sus ingredientes medicinales guayacol y creosota, ayuda a mantener bajo control la temperatura febril.

Por sus efectos locales y sistemáticos, use Numotizine en casos de resfríos profundamente arraigados, gripe y otras afecciones de las vías respiratorias. Puede usarse con la camisa para pulmonía, y también para aliviar el dolor y la congestión en forúnculos, inflamación glandular y torceduras.

NUMOTIZINE, INC.

300 NO. FRANKLIN STREET

CHICAGO, ILL.; E. U. A.

PETROLAGAR

para el

ESTREÑIMIENTO

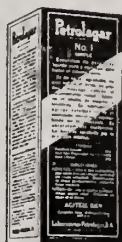
PETROLAGAR facilita la evacuación y ayuda a sus pacientes a restablecer el hábito de la hora fija.

Entre las ventajas que PETROLAGAR ofrece a sus pacientes se encuentran las siguientes:

- ★ PETROLAGAR es más agradable—los pacientes a quienes disgusta el aceite mineral lo toman con facilidad.
- ★ PETROLAGAR asegura una consistencia fecal más normal.
- ★ PETROLAGAR no se adhiere a la mucosa intestinal.
- ★ PETROLAGAR no tiende a formar hábito.



PETROLAGAR *se suministra en tres formas—*



PETROLAGAR
Simple



PETROLAGAR
con Fenolftaleína



PETROLAGAR
con Cascara Sagrada

PETROLAGAR LABORATORIES INC., CHICAGO, ILL., U.S.A.

¿Terapia específica o mixta
de las avitaminosis B?

COMPLEJO DE VITAMINA B

Lederle

LAS INNUMERABLES DEFICIENCIAS cuyo carácter es frecuentemente complicado por síntomas confusos e indefinidos pone fuera de nuestro alcance (al menos por ahora) la vitaminoterapia B exacta.

En vista de nuestros conocimientos actuales sería aconsejable administrar el complejo B total cuando la deficiencia es mal definida o difícil de reconocer, y de lo contrario emplear la sustancia específica en dosis adecuadas acompañada del complejo B total hasta desaparecer los síntomas.

Sobre este punto VORHAUS* comenta:

“El clínico bien ilustrado seleccionará el componente individual para administrarlo según el cuadro clínico y además administrará el complejo B en cantidades adecuadas hasta que desaparezcan las evidencias clínicas de avitaminosis B”.

Los preparados del Complejo B Lederle contienen todos los factores reconocidos en gran concentración. Basado en contenido de Tiamina (B_1) y Riboflavina (B_2), las cápsulas y líquido Lederle resultan más económicos para el paciente que otras marcas de complejo de Vitamina B. El Complejo de Vitamina B Lederle se ofrece en cápsulas convenientes, líquido aceptable al paladar para administración oral y en solución para uso parentérico.

*De la Reunión Anual 174ta. de la Sociedad Médica del Estado de N. J. (EE.UU)

ENVASES:

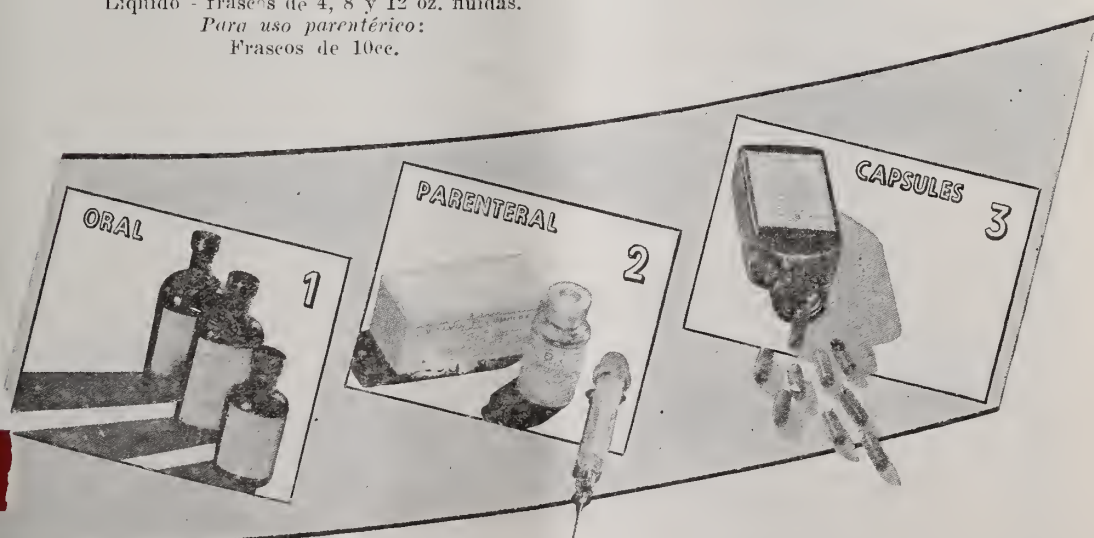
Para uso oral:

Cápsulas - en frascos de 50, 100 y 500.

Líquido - frascos de 4, 8 y 12 oz. fluidas.

Para uso parentérico:

Frascos de 10cc.



LEDERLE LABORATORIES, INC.

30 Rockefeller Plaza

New York, N. Y.

ASAMBLEA ANUAL

Con motivo de la próxima reunión de la Asociación Médica de Puerto Rico en diciembre 12, 13, 14 y 15, la Casa

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

se complace en invitar a la clase médica del país para que visite sus exhibiciones que se establecerán en el Edificio de la Asociación.

Durante la celebración de este acto, la firma aprovechará la oportunidad para presentar a la consideración de los concurrentes sus más recientes preparados:

NALUTRON
SULFATHIAZOLE
TORANTIL

Además otros valores terapéuticos como su selección de productos vitamínicos:

AFAXIN	Vitamina A
BECE TAX	Vitamina B ₁ , C
BETAPLEXIN	Vitamina B ₁ , B ₂ , B ₆ , etc.
BETAXIN	Vitamina B ₁
CANTAXIN	Vitamina C
DRISDOL	Vitamina D
FLAVAXIN	Vitamina B ₂ (G, Riboflavin)
POLYTAXIN	Vitamina A, B ₁ , B ₂ , (G), C, D.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.



Representada por



PROPRIETARY AGENCIES, INC.

Calle Comercio No. 21 - San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

NOVIEMBRE, 1940

Número 11

ANNUAL REPORT (FISCAL YEAR 1939 - 1940) OF THE BIOLOGICAL LABORATORIES OF THE DEPARTMENT OF HEALTH OF PUERTO RICO

O. COSTA MANDRY, M. D.

*Director of Biological Laboratories
Santurce, P. R.*

I. INTRODUCTION

The fiscal year just ended (1939-1940) is one that will make history, in every respect, as regards laboratory work in the Health Department of Puerto Rico. The total number of tests performed and the number of the more specialized types of techniques in the various phases of the work, during this year has been the largest since the establishment of the laboratory in 1911. The extension to Puerto Rico of titles five and six of the Social Security Act and the marked interest and keen intuition regarding the importance and future of laboratory work in public health administration shown by the Commissioner of Health of Puerto Rico, made possible the allotment of sufficient funds to extend the scope and activities of laboratory work to every one of the seven districts of the island and to equip properly three new laboratories and the four already in existence and make a complete reorganization to extend and implant new activities for the coming year.

During the fiscal year which has just

ended, three new laboratories have been opened, the one in Arecibo started to work during the month of May, the ones in Humacao and Guayama during the latter part of June. The establishment of these three laboratories provide a laboratory at each of the heads of each senatorial district of Puerto Rico, making seven laboratories in total.

The plan of organization of the laboratories—which will be detailed farther on—provides that each laboratory will be able to perform any type of work done at the Central Laboratory in San Juan, and any procedure of value in the prevention, control and treatment of transmissible diseases.

During the year, plans were finished for the establishment of a clinical laboratory at the contagious diseases hospital in San Juan where a part time technician will be sent from the Central Laboratory to work during the morning. In this small laboratory only clinical microscopy, covering malaria work, fecal work for intestinal parasites, blood counts and certain urine examinations will be performed.

An enteric laboratory was equipped and opened during the year as an expansion of the Central Biological Laboratory at San

Juan. The space formerly occupied by the Board of Medical Examiners of Puerto Rico was utilized for this object. This laboratory developed as a result of the extension of the work which was being carried on in diarrhea and enteritis by the United States Public Health Service in various sections of the United States. Following the recommendation of the Honorable Commissioner of Health and after a discussion of these problems with Drs. Ziegler and Hardy of the U.S.P.H.S. the work was extended to Puerto Rico. During the beginning of the fiscal year Dr. James Watt of the U.S.P.H.S. was detailed to Puerto Rico to cooperate in the extension of the work to the island and in the establishment of the laboratory. Very soon it became evident that there was need of some person thoroughly trained in enteric bacteriology to be able to take care of the extra burden of work as a result of the studies which were outlined to be carried out as part of the program. Upon the recommendation of Dr. Hardy who is cooperating with us in the direction of these studies, Dr. Maxwell H. Kolodny was brought from the United States. During the month of May Dr. Hardy visited our island and took an active part in the work of our enteric laboratory.

During the year the clinical laboratory of the Bayamón District Hospital was inaugurated and has been working since the month of December. A total of 14,320 examinations were performed, 10,732 to the Hospital itself and 3,588 to the out patient department. The task of selecting the equipment, organizing the work, and the training and organization of the personnel for the laboratory fell entirely in our hands. The Bayamón District Hospital has a bacteriologist who is in charge of the work in clinical pathology and three assistant bacteriologists to help him in the work of the

Institution. The laboratory has been equipped so as to be able to perform any examination in clinical pathology. Besides the clinical laboratory there is a laboratory in pathology provided with an autopsy room. There is also a technician to do the work in pathology in this laboratory and a physician specialized in pathology directs the pathologic laboratory and the clinical laboratory. The Director of the Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico acts in a consultant capacity as regards the technical work and the training and selection of the personnel to be sent to these laboratories.

During the year the laboratory at the Fajardo District Hospital was also equipped. Laboratory personnel is under training at our Laboratory in San Juan to be detailed for work when the hospital is opened at the beginning or latter part of August. The same organization as in the Bayamón District Hospital will be put into effect in the Fajardo District Hospital. The laboratories of these two hospitals and others that may be opened in the future will be supervised by personnel of the Biological Laboratory of the Department of Health to make sure that instructions are being followed in the performance of the various procedures. All the bacteriologists employed in these laboratories specially in the clinical pathology section are college graduates with a bachellor in science degree and having had at least one year of training in laboratory technique.

During the fiscal year the examination of exudates under the darkfield for evidence of spirochaeta pallida in primary syphilitic lesions or in ulcerated lesions was introduced in twelve Venereal Disease Clinics which were equipped with a special darkfield microscope, the physician in charge being trained in this study. This work, during the year, has not been as satisfac-

tory as it was expected. Some of the dispensaries have done considerable work, others practically none. The Venereal Disease dispensaries which did most work along this phase were the ones in Santurce, Ponce, Humacao, Mayagüez and Guayama, grouped in the order of the number of specimens which were performed during the year and which ranged between 246 at Santurce and 50 at Guayama.

It should be the aim during the coming year to intensify this work. The work in some of the dispensaries during the past year was practically nil.

In previous years we had recommended to you the establishment of a vaccine section in our laboratory with the idea of preparing antityphoid vaccine, tuberculine and diphtheria toxoid for distribution by the Health Units, but the lack of facilities and equipment prevented us from undertaking this work. With funds assigned during the past year, equipment was purchased which avails our laboratory for this particular type of work. During the coming year we are recommending to send a Bacteriologist to the United States for special training along this field so that upon his return he may be able to undertake this new activity under our direction. The amount of money that can be saved with the implantation of this service is considerable and will give the Department of Health the added opportunity to use larger amounts of these biological products than are being used at the present time or during past years.

During the past year we have also purchased special equipment for the preparation of silver nitrate ampules, to be employed in Crede's method for the prevention of ophthalmia neonatorum. This activity of the laboratory will provide a much larger number of ampules and will give the Bureau of Infant Hygiene a better chance

of supplying this material for preventing the disease in our island.

We have made a complete reorganization of the Division of Parasitology and with the new budget going into effect on July the first a Parasitologist with a Master in Science degree from the University of Johns Hopkins will be employed to take charge of the routine work of the laboratory at San Juan and whatever research activities might be undertaken along this field. New procedures and techniques will be introduced and special care and attention will be given to this very important phase of medical science in our island.

During the past year we also introduced as a routine in our Central Laboratory the newer methods of culture of the gonococcus. A special laboratory was fitted for this purpose at San Juan and has been working since the latter part of April. It is our plan to extend this work to all the branch laboratories during the coming year so that this service will be available to the majority of the venereal disease clinics established in the island.

The Serology Laboratory at San Juan was enlarged, and new equipment bought to fit it to the extra burden of work, inasmuch as it will act as a Central Unit to the other laboratories, supplying the necessary standardized reagents, checking up their procedures and keeping the personnel up to date along this very important phase of laboratory work.

Considerable equipment was bought for our chemical laboratory to fit it better for the routine work and the special investigation which we are aiming to carry on during the coming year.

During the year just passed the Central Laboratory at San Juan was equipped with an incubator room and a refrigerating room. This has facilitated the work enormously and permitted considerable expan-

sion in the amount and scope of the work performed at the Central Laboratory.

The media and sterilization rooms were likewise fitted with new equipment to facilitate the work. A large drying oven was purchased to facilitate the preparation of containers for specimens which are distributed to the whole island. The electric autoclave recently purchased was also fitted with live steam and a special carriage was ordered to facilitate the loading and unloading of bottles of solutions and containers for use in the laboratories and for distribution to the island.

The laboratories at San Juan and the island were well provided with ample table space to facilitate the work during the coming year.

During the year the stock room of the Central Laboratory was enlarged to compensate for the expansion of the organization with the opening of three new laboratories and the extension of the work in the four already in existence.

The animal house was also enlarged to some extent providing for better care of our animal colony.

A small repair shop room was fitted and equipped during the year. This will take care of the repair and care of the equipment of the laboratories as far as possible.

During the year the special malaria technician which was detailed for work in the special laboratory at the Central Offices of the Health Units in San Juan was transferred to the Central Biological Laboratory where all the surveying in the malaria work is now performed.

Likewise with the departure of Dr. George C. Payne of the Rockefeller Foundation the special laboratory for helminthic examinations which was also maintained at the Central Offices of the Public Health Units was discontinued during the year.

As regards the bacteriological work in

water and milk and the enteric work, central files will be kept at the Central Unit at San Juan so that at any time the results of examinations may be at hand. Regarding water examination, a special card has been prepared whereby the results of daily examinations performed are recorded and filed for future use. The card contains enough space for a period of one whole week. A second card has been prepared whereby the results can be recorded for a period of one month. There is a special mimeographed sheet which is filled out by the laboratories every week and sent to the Central Unit for our record.

The recording of milk examinations will be kept in the same sheets which we have been using in the past and likewise the same card will continue to be used for filing. These cards record the bacteriological count of the milk in four consecutive examinations and has a special space for the logarithmic average count. The cards are kept individually for each dairy. The records of both milk and water are kept in the files of the milk and water laboratory in the Central Office at San Juan.

As regards the records of the enteric work these will be sent from the laboratories of the Island only in those cases in which positive or suspicious results are obtained and when organisms for typing are sent to our laboratory. The Island laboratories will make only presumptive examinations and report them as such, sending the isolated organisms to the central unit at San Juan for final typing and differentiation.

During the year, following a joint request of the Head of the Department of Bacteriology of the School of Tropical Medicine, Dr. P. Morales Otero and the Director of the Biological Laboratories, an official Salmonella Centre was established in Puerto Rico at the Central Biological

Laboratory at San Juan. A complete set of the cultures and serums of all the *Salmonella* organisms was supplied to us by Dr. Kauffmann from the Main Salmonella Centre at Copenhagen, Denmark.

Dr. A. Hormaeche of Montevideo, Uruguay, international authority on Salmonella's also supplied us with his set of cultures and special specific sera.

The establishment of this centre will facilitate to a considerable extent the work in food poisoning and the investigations on Salmonellas which have been planned along these lines.

The culture collection of the laboratory has been enlarged considerably and plans have been made to arrange it in such a way as to have available at all times such organisms as might be needed in our work. A Cryochem (drying) apparatus was purchased during the year which will be available for this and other work.

One of the important things that will be given special attention during this year is the stock room so that at no time there will be lack of material which will in any way hinder the work of the laboratories. The Administrative Officer is in charge of this work with the help of the stock room clerk. A special file system will be in use showing the minimum amount of material in stock. At no time should there be lack of material with this special filing system that will be put into effect. Every month reagents and laboratory material will be sent to the Health Units and to the Laboratories in the Island and only special material need to be requisitioned in this way.

The Central Unit at San Juan is in charge of the coordination of the work of all the laboratories and will compile all the different reports and make a final monthly report to the Commissioner of Health as regards the work carried out throughout the Island. The two physicians,

Bacteriologists in charge of the laboratories at Aguadilla and Ponce have been promoted to the category of Associate Assistant Directors of the laboratories and together with the Assistant Director stationed at San Juan, will be in charge of supervising the work in all the laboratories and will render monthly suggestions and recommendations to the Director as regards the work carried out in the different laboratories of the Island.

Visitors:

During the year just finished we have had the visit of a large number of noted scientists and distinguished men from the United States and elsewhere. Among these may be mentioned:

Hon. William D. Leahy
Governor of Puerto Rico

Dr. Richard A. Kern
Professor of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pa.

Dr. Charles M. Carpenter
Associate Professor of Bacteriology and Hygiene, University of Rochester, Rochester, New York.

Dr. Wilbur C. Raplayee
Dean Medical School, Columbia University, New York.

Dr. George M. Draper
Associate Professor of Medicine, Columbia University, New York.

Dr. Leona Baumgartner
Department of Health of New York City.

Dr. Segismund Schulz Goldwater
Director, Department of Hospitals of the City of New York.

Dr. Charles Leonard Brown
Professor of Medicine, Temple University, Philadelphia, Pa.

Dr. James H. Watt
United States Public Health Service.

Dr. R. L. Van Horn
Asst. Director, Crippled Children's Bureau, United States Department of Labor, Washington, D. C.

Dr. E. V. Ziegler
Regional Consultant, United States Public Health Service, Washington, D. C.

Dr. A. V. Hardy
Asst. Professor of Epidemiology, Columbia University, New York.

James H. Seaman
Brady Institute, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Md.

Mr. Harry Burnett Jr.
Bacteriologist, Digestive Ferments Corp., Detroit, Michigan.

Dr. John W. Hart
Associate Medical Director of Winthrop Chemical Co.

II. STAFF

The following new appointments were made during the year or on July the 1st. 1940:

Dr. Maxwell H. Kolodny, Senior Bacteriologist.

Josefina Acosta, Parasitologist.

Bacteriologists in charge of district laboratories:

Gloria Fernández, Néstor Koppisch, Lydia Pérez, Edelmiro Haddock.

Bacteriologists:

Gladys Mayoral, Elba Lugo, María H. Díaz, Providencia Matta, Carmen P. Aparicio, Carmen G. Vargas, M. S. Nogueras.

Technicians:

Montserrat Ramis, José Ricci, Emilia S.

Ramos, Conchita C. Colón, Blanca E. Durán, Frank Madera Orsini, Rafael Igartúa, Aida Torruellas, Edith Janer, Félix A. Navarro, Tomasa Rodríguez Pastor, María S. Abolafio, Lucrecia Geraldino, Lucille Cope, María Román, Lydia E. Vélez.

Laboratory helpers:

Jorge Blanco, Eligio Matos, Pedro N. Ortiz, Jesús Santiago Sosa, Wilfredo Rivera, María Travecier, Ana María Santiago.

The following promotions with increase in salary of personnel working in our laboratories was recommended and approved by you as Commissioner of Health of Puerto Rico in recognition of the services of these employees which merited the promotion.

E. J. Pope, Administrative Officer.

Lolita G. Brannan, Secretary to Director.
Mamuel Betances, Serologist.

Charlie Franceschi, In charge of service division.

Luis Saldaña, Research Assistant.

Carmen A. Besosa, Bacteriologist.

Margot Bigas, Bacteriologist.

Montserrat Silva, Assistant Bacteriologist.

Juana de León, Bacteriologist.

Carmen M. Rodríguez, Bacteriologist.

Ada Juliá, Technician Bayamón Hospital.

Lolita Lugo, Bacteriologist Fajardo Hospital.

José Martínez de Jesús, Bacteriologist Bayamón Hospital.

The following changes of personnel were made during the year:

Josefina Alvarez - from the Biological Laboratory at San Juan to the Tuberculosis Hospital at Río Piedras.

Ada Juliá - from the Tuberculosis Hospital at Río Piedras to the Central Laboratory at San Juan.

José Martínez de Jesús - from the Biological Laboratory at San Juan to the Bayamón District Hospital.

Lolita Lugo - from the Biological Laboratory to the Bayamón District Hospital thence to the Fajardo District Hospital.

The following persons were assigned to the District Hospitals:

Bayamón José Martínez de Jesús, Bacteriologist, Carmen P. Aparicio, Asst. Bacteriologist, Conchita Señeriz, Asst. Bacteriologist, Aida Torruellas, Asst. Bacteriologist, Félix A. Navarro, Technician,
Fajardo Lolita Lugo, Bacteriologist, Irma Janer, Asst. Bacteriologist, Mercedes Lugo, Asst. Bacteriologist.

III. EDUCATIONAL ACTIVITIES

Training, in our concept, plays a very important part in laboratory technic. For many years it has been our aim and objective to see that all the technical personnel working in our laboratories possess sufficient academic background in order to be able to understand the procedures better and to realize and have a clearer concept of the responsibility which laboratory work carries with it. Little by little we have been improving on the academic requirements of those persons employed in our laboratories. If we make a comparison of the academic preparation of the personnel employed in our laboratories in the year 1930 and at the present time (Table No. 12 in the appendix) one can immediately notice the difference. During 1930 when two laboratories were in operation performing 119,971 tests, there were four physicians, one in Ponce and three at San Juan. In 1940 there is the same number, two at

San Juan and one at Ponce and Aguadilla. The percent of the personnel with higher academic standing is much greater in 1940 than in 1930. At present 36.5% of the personnel has a College degree, 9.6% two or three years of college and 25% high school diploma as compared with 1930 when it was 18.7%, 6.2% and nothing respectively. Considerable time and effort has been used in attaining this better academic preparation of the candidates who are to be employed in laboratory work in the future.

In the past the training of the personnel to work in our laboratories has been mostly practical, very little time being available for academic teaching which is so essential to individuals that are to devote their time to the diagnosis of disease. During the present year the training activities in our biological laboratories have been rather extensive. The training can be divided into two groups, those persons already employed in our laboratories which received special training along special branches of laboratory science and those who were given positions in our laboratory and subjected to an intensive training to make them available for future positions in the new laboratories to be opened during the year. The training was in charge of the members of the staff of the laboratories and for special training in modern cultural methods for gonococci; Dr. Charles M. Carpenter of the University of Rochester—a man of world wide reputation in this field—was brought to Puerto Rico for five weeks to work in our central laboratory and help in the organization of the special laboratory for the diagnosis of gonococcal infections and to train technicians along this work. Dr. Carpenter's stay in our laboratory was most beneficial from every standpoint as regards the advantage in the training of the technicians and his valua-

ble aid and wide experience in this field. Five technicians were especially trained by him in these special procedures as follows:

Enrique Martínez
José Martínez de Jesús
Gloria Fernández
María H. Díaz
Elba Lugo

During the beginning of the year Dr. Maxwell H. Kolodny was brought from the United States and appointed Senior Bacteriologist of the Department of Health and placed in charge of the special enteric laboratory which was opened. He also took active part in the training of technicians in the bacteriology of feces and the identification of pathogenic enteric organisms. The following technicians have been trained in this special field of work during the year, many of these to be sent to the district laboratories in the island:

Juana de León, Lydia Pérez, Carmen M. Rodríguez, Néstor C. Koppisch, Carmen Aponte, Gladys Mayoral, Elba Lugo, Elsa Figueroa, Providencia Matta, José Manuel Ricci, Lucrecia Gerardino, María H. Díaz, María Román, Lydia E. Vélez, Edith Janer, Concepción Señeriz, José Martínez de Jesús, Ada Juliá, Gloria Fernández, Aida Torruella, Frank Madera Orsini.

In the Division of Serology the following personnel was trained:

Edith Janer, Lydia Pérez, Gloria Fernández, Juana de León, Néstor C. Koppisch, M. S. Nogueras, Lucille Cope, Providencia Matta, Lydia E. Vélez, María Román, Carmen M. Rodríguez, Frank Madera Orsini, María H. Díaz.

In the other divisions of the laboratory these and other personnel also received training along special fields of clinical pa-

thology.

During the fiscal year just passed the following persons attended our laboratories as Voluntary Assistants "ad honorem" for varying periods of time:

Mercedes Lugo, Gloria Fernández, Edith Janer, Gloria Ginorio, Gloria Acosta, Dolly González, William Herrera, Gloria del Valle, Rafael Sanjurjo, M. Sanabria, Ana López, M. S. Nogueras, Mercedes M. de Plá.

The complete list of trainees in our laboratories during the fiscal year just passed is as follows:

Lolita Lugo, Gloria Fernández, Mercedes Lugo, María H. Díaz, Elba Lugo, Lydia M. Pérez, Néstor C. Koppisch, Edith Janer, Mercedes M. Plá, M. S. Nogueras, William Herrera, Frank Madera Orsini, Aida Torruellas, Lydia E. Vélez, Esperanza, Colón, Teresa de Jesús Ortiz, Ana M. Santiago, Gloria Acosta, Gloria del Valle, Providencia Matta, José M. Ricci, Lucrecia Gerardino, M. S. Nogueras, Félix A. Navarro, Edelmiro Hadlock, Isacia Domenech, Concepción Señeriz, Lucille Cope, M. Sanabria, Ana López, Rafael Igartúa, María Abolafio, Conchita C. Colón, Emilia S. Ramos, Blanca E. Durán, María T. Travecier, Gloria Ginorio, Dolly González.

Training School for Technicians:

We are very glad that our recommendations of past years as regards the importance of the training of laboratory technicians and the establishment of a school for laboratory technicians has become a fact during the year. I am glad to say that under the direction of Dr. A. V. Hardy who was appointed by you as Director of Research and Health Education of the Department of Health of Puerto Rico to co-operate in the organization of the School of Public Health, the Biological Labora-

tory — its Director and staff — is taking a very active and very important part in the plans of the school and in future teaching both practical and didactic.

Beginning September the 1st, the School of Public Health which is being opened at the School of Tropical Medicine with the cooperation of the Department of Health will provide a special course in clinical pathology. This course will be limited to about ten students who shall possess a minimum academic requirement of a Bachelor in Science degree or a Bachelor in Arts degree including the basic sciences. The course will be divided into two sections of six months each: (A) Clinical Pathology, and (B) Public Health Laboratory.

The Clinical Pathology section will cover the following subjects:

- Gastric contents
- Hematology
- Tissue sectioning
- Urine analysis
- Blood chemistry
- Basal metabolism
- X-ray technique

This section of the course will be in charge of Dr. Ramón Ruiz Nazario, Director of the Laboratory of the University Hospital of the School of Tropical Medicine of the University of Puerto Rico under the auspices of Columbia University and will begin on September the 1st, and end on February 28th.

The second section will be in Public Health Laboratory which will include the following subjects:

- Serology
- Bacteriology
- Parasitology
- Bio statistics
- Epidemiology

This section will be in charge of Dr. O. Costa Mandry, Director of the Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico, and will begin on the 1st. of March and end on the 31st. of August.

Other Educational Activities:

During the year the Director of our laboratories in representation of the Health Department of Puerto Rico attended the annual Conference of State and Provincial Laboratory Directors held in Pittsburgh during the month of October. He also attended the meeting of the American Public Health Association held in the same city during the same month. During the early part of September he attended the Third International Congress on Microbiology which was held in the city of New York.

As a result of our visit to the United States last year and realizing the many changes and innovations that had to be made in our serology division we recommended to you to send to the United States a Serologist for special training in serologic procedures as related to the diagnosis of syphilis. During the month of January Mr. Manuel Betances, of the Biological Laboratory of the Department of Health was sent to Dr. J. F. Mahoney of the Marine Hospital of the United States Public Health Service at Staten Island where he was thoroughly and efficiently trained to enable him to direct the work of serology in our laboratories in Puerto Rico. Mr. Betances received training for a period of four months.

During the year the Director of our laboratories has been a member of the Editorial Board of the Puerto Rico Health Bulletin and of the Special Advisory Committee on Health Education of the Department of Health of Puerto Rico. He was appointed by the President of the Confer-

ence of State and Provincial Public Health Laboratory Directors to serve as a member in a special committee cooperating with the American Committee on Evaluation of Serodiagnostic Tests for syphilis.

The Director of the School of Tropical Medicine also appointed your Director a member of the standing Research Committee of the School of Tropical Medicine. During the year you also appointed him Consultant in Clinical Pathology in the Bayamón District Hospital.

During the year your Director in his capacity of a duly registered physician practicing in Puerto Rico was highly honored with the appointment of President of the Puerto Rico Medical Association.

Publications:

In spite of the vast amount of routine work carried out in our laboratories and of our limited financial resources, the laboratory has a rather abundant list of publications since its establishment in 1911. During the year just finished the following communications were published:

- 1—Adequate Water Supplies
P. R. Health Bul. July 1939-3:267
- 2—The Proper Collection of Samples for Laboratory Examinations
P. R. Health Bul. Feb, April, June and Aug 1939
- 3—Further Studies of Food Poisoning in Puerto Rico
P. R. Jr. P. H. and Tr. Med. Mar. 1940 15:209
- 4—Continuación de los estudios sobre envenenamientos de origen alimenticio en Puerto Rico. P. R. Jr. P. H. and Tr. Med. Mar. 1940 - 15: 230

During the quinquennium just passed (fiscal years 1935-36 to 1939-40) the following is the list of publications:

- 1—Annual Reports of the Biological Laboratories 1935-36 Bol. Asoc. Med. de P. R. Feb. 1937 - P. 57
- 2—Annual Reports of the Biological Laboratories 1936-37 Bol. Asoc. Med. de P. R. April 1938: 150
- 3—Typhoid Fever in Puerto Rico. Its diagnosis in the laboratory. Bol. Asoc. Med. de P. R. Jan. 1936: 28: 1
- 4—The Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico
P. R. Health Bul. April 1937 : 2 : 20
- 5—The Role of our Public Health Laboratories in the Community.
P. R. Health Bul. December 1938 : 2 : 381
- 6—Notes on the Intestinal Flora of Wild rats in San Juan
P. R. Health Bul. October 1938 : 2 : 305
- 7—Better Milk
P. R. Health Bul. July 1939 : 2 : 212
- 8—The rat as a Carrier of organisms of the food poisoning group in Puerto Rico.
P. R. Health Bul. Feb. 1938 : 2 : 75
- 9—The Early Diagnosis of Syphilis.
P. R. Health Bul. March 1939 : 3 : 73
- 10—The Diagnosis of Syphilis in the Laboratory
P. R. Health Bul. May 1939 : 3 : 162
- 11—Adequate water supplies
P. R. Health Bul. July 1939 : 3 : 267
- 12—The Proper Collection of Samples for Laboratory Examinations.
P. R. Health Bul. February 1939 : 3 : 48
- 13—April 1939 : 3 : 126
- 14—June 1939 : 3 : 240
- 15—August 1939 : 3 : 346
- 16—Nuevas tendencias en el diagnóstico y tratamiento de la Sífilis.
Bol. Asoc. Med. de P. R. Marzo 1939 : 31 : 72
- 17—Further Studies of Food Poisoning in Puerto Rico
P. R. Jr. P. H. and Trop. Med. March 1940
- 18—Continuación de los estudios de envenenamientos de origen alimenticio en Puerto Rico
P. R. Jr. of P. H. and Tr. Med. March 1940

Standard Procedures:

In order to standarize as much as possible the technics to be employed in our laboratories and the results obtained from these procedures, we have prepared a set of methods which will be mimeographed and sent in loose leaf form to each of the laboratories. These procedures give detailed instructions as to the collection of samples and technical details to be followed out in the various examinations and are to be kept on hand at all times by the bacteriologists in charge of the laboratories to be consulted and followed at all times.

IV. REORGANIZATION OF LABORATORY SERVICES

During the present fiscal year seven biological laboratories were in operation. The laboratory at San Juan which was started during the fiscal year 1911-1912; one at Ponce which was started during the fiscal year 1923-1924; one in Aguadilla which was started during the fiscal year 1928-1930; one in Mayagüez which was opened during the fiscal year 1938-1939 and three new laboratories which were opened during the present year (1939-40), one in Arecibo during the month of May, and one in Humacao and Guayama during the month of June. Among the institutional laboratories there is one at each of the Tuberculosis Hospitals of Río Piedras, Ponce, Mayagüez and Guayama, one at the Psychiatric Hospital and a small clinical laboratory which will be shortly opened at the Contagious Diseases Hospital. Of the laboratories of the district hospitals the only one opened to the present time is the one in the District Hospital of Bayamón.

There are 19 microscopists in the Health Units which perform microscopical examinations of feces for intestinal parasites, blood smears for malaria parasites or both. These microscopists are stationed at

the following towns:

Adjuntas, Aguada, Barranquitas, Cabo Rojo, Cagnas, Camuy, Cayey, Ciales, Fajardo, Juncos, Lares, Manatí, Salinas, San Germán, Toa Baja, Vega Baja, Vieques, Yabucoa, Yauco.

For the coming year a new plan of organization of the work of the biological laboratories has been laid out. The seven district laboratories are fully equipped to do all types of work in the diagnosis, control and prevention of transmissible disease, and each will be a unit in itself; in charge of a trained bacteriologist and with sufficient personnel to do the assigned work. The Director at the central unit at San Juan will have full charge of the direction of the work of all the laboratories and will maintain relations of cooperation with the Division of Education and Research of the Health Department in the various research investigations that will be carried out in public health bacteriology and related sciences.

The laboratories of San Juan, Arecibo and Humacao cover the largest group of population. Table No. 10 in the appendix shows in details the percent of the population and of the total municipalities of the island served by each laboratory. The central unit which will be located at San Juan will be composed of a director which will have full charge of the work of all the district laboratories and the laboratories in the various institutions of the Department of Health. Besides the Director there will be an Assistant Director located at San Juan and two associate assistants directors, one located at Ponce, and the other at Aguadilla. There will be several consultants in the different branches of laboratory work as follows:

Dr. A. V. Hardy of the De Lamar Institute of Public Health of Columbia University, in Bacteriology.

Dr. James Watt of the United States Public Health Service, in Bacteriology.

Dr. William H. Hoffman of the School of Tropical Medicine, in Parasitology.

Dr. Thomas H. D. Griffiths of the United States Public Health Service, in Malaria.

Rafael del Valle Sárraga, Director of the Chemical Laboratory of the Health Department, in Chemistry.

There will be four technical supervisors in charge of the supervision and coordination of all the work in bacteriology, serology, parasitology and chemistry. There will also be a technician to supervise clinical microscopy, and clerical work in the various laboratories and Health Units.

The administrative staff of the Central Unit is divided in two sections, the Service Division and the Contact Division and will be in charge of an administrative officer, a secretary to the Director and a clerk in charge of the Service Division.

The administrative unit at the Central Laboratory will act as the coordinating centre of all activities of the laboratories. There will be an administrative officer in charge of the division. He will act as a contact man between the Director of laboratories and the personnel and administrative activities of the other laboratories. This Administrative Officer will be in charge of all the property of the laboratories, keeping a record of all the property of the whole organization and that of each individual laboratory. This record is to be kept at the Central Office in San Juan. Any changes in property from one laboratory to another must be immediately noted down. He will also take care of all the budgets, requisitions and vouchers and will keep a book where all requisitions will be noted down according to the special fund used for the purchase. He will also have full supervision of the Service Division which is a very important part in the organization.

Supervision: Supervision of the work performed by the personnel in the laboratories is of paramount importance in the proper development and running of the laboratories. It is essential that all the personnel be closely supervised both as regards to the performance of the tests according to the instructions given from the main office and as regards to the ability and the interest of the technicians in carrying out the procedures as outlined. It is important, too, that the administrative management of each laboratory be carried out according to the instructions from the main office and it is also necessary to this effect to supervise the work carried out in the office of each laboratory.

For the supervision of the work we have divided the island into three districts in which are included the district biological laboratories, the institutional laboratories and those Health Units in which there is a microscopist to carry out work in the examination of feces for intestinal parasites, blood for malaria or both. Each district is to be supervised by a physician who will act as an Assistant Director and will visit the biological and institutional laboratories at least twice every month making written reports of his observations and comments to the Director of Laboratories in San Juan. The Assistant Director will supervise the administrative and technical work of each laboratory.

These three Assistant Directors will be detached one in San Juan, one in Aguadilla and one in Ponce. Besides there will also be technical supervision carried out by a serologist, a bacteriologist, a chemist and a parasitologist as regards the work in each of these fields, and will inspect the work in the laboratories as ordered by the Director of Laboratories. There will also be a clerk-microscopist attached to the Bureau of Health Units who will supervise the

clerical work and the laboratory work in the microscopic examinations of blood smears for malaria and feces for intestinal parasites, in all the Health Units, and the district biological laboratories. Monthly reports will be rendered by him to the Director of Laboratories.

The Director of Laboratories will render periodic visits as many times as he considers necessary. The following set of rules and regulations to govern the proper functioning of the laboratories and laboratory work in the Health Department are submitted for your approval.

RULES REGULATING THE LABORATORY SERVICES OF THE DEPARTMENT OF HEALTH OF PUERTO RICO

The rules and regulations to govern the laboratory services of the Department of Health of Puerto Rico will be divided into two sections, (I) General; those covering the services rendered and the regulations to cover the forwarding of samples, reports of examinations and the distribution of the work of the island among the laboratories and institutions of the Department of Health and (II) Internal; covering the work and organization of the laboratories themselves.

The cooperation of physicians and all the personnel of the Department of Health is essential for the efficiency and rapidity of the work in connection with our laboratories.

Instructions should be followed exactly as outlined, they have been prepared after a thorough study and consideration of all matters pertaining to this type of work.

Any deliberate violation to these regulations will be notified to the Commissioner of Health who will take such action as he considers necessary.

I. GENERAL RULES

1. There will be seven district laboratories in the island, each equipped and capable of doing all work related with the prevention, control and treatment of contagious diseases. Each of these seven laboratories will be located at the head of the senatorial districts and the towns assigned to each are as follows:

San Juan Barranquitas, Comerío, Culebra, Naranjito, Bayamón, Corozal, Orocovis, San Juan, Carolina, Guaynabo, Río Grande, Trujillo Alto, Cataño, Loíza, Río Piedras, Vieques.

Ponce Adjuntas, Juana Díaz, Villalba, Coamo, Peñuelas, Yauco, Guayanilla, Ponce, Jayuya, Sabana Grande.

Aguadilla: Aguada, Moca, Aguadilla, Rincón, Añasco, San Sebastián, Isabela.

Mayagüez Cabo Rojo, Las Marías, Guánica, Maricao, Hormigueros, Mayagüez, Lajas, San Germán.

Humacao Aguas Buenas, Fajardo, Las Piedras, San Lorenzo, Caguas, Gurabo Luquillo, Ceiba, Humacao, Maunabo, Yabueoa, Juncos, Naguabo.

Guayama Aibonito, Guayama, Arroyo, Patillas, Cayey, Salinas, Cidra, Santa Isabel.

Arecibo Arecibo, Dorado, Morovis, Utuado, Barceloneta, Hatillo, Quebradillas, Vega Alta, Camuy, Lares, Toa Baja, Vega Baja, Ciales, Manatí, Toa Baja.

2. The type of services rendered by the laboratories will be as follows:

District Laboratories

A. Microscopic examinations

Feces for intestinal parasites
Blood for malarial parasites
Exudates for diphtheria bacilli, gonococci and other bacteria
Sputum for tuberculosis
Urine (in special cases only)
Others

B. Bacteriology

Water and milk
Blood
Feces
Exudates
Miscellaneous

C. Serology

Complement fixation tests
Flocculation tests
Agglutination tests
Colloidal Gold tests

D. Miscellaneous investigations

Central Unit San Juan

Research investigations

Preparation of biologicals and special reagents and solutions

- a. Distilled water for intravenous use in the venereal disease clinics.
- b. Silver nitrate wax ampoules for Crede's preventive treatment of Ophthalmia Neonatorum.
- c. Glucose solution for intravenous use.
- d. Typhoid vaccine and other biological products.
- e. Antigen, amboceptor and other reagents for complement fixation, and flocculation tests.
- f. Special solutions and reagents.

Preparation of containers for specimens.

- a. Bottles for water and milk examinations.
- b. Jars for sputum.
- c. Blood culture outfits.
- d. Fecal containers.
- e. Tubes for serological examinations.
- f. Diphtheria outfits.

g. Other special outfits.

3. Forwarding of samples.

A. The Director of each Health Unit will see to it that all specimens be sent to the corresponding laboratory and *under no conditions*—except by special permission from the Commissioner of Health—will a Health Unit send specimens to a laboratory outside of its district.

B. All samples of pathologic material for examination in the laboratories will be sent through the Health Units or through institutions of the Department of Health. The United States Public Health Service, the United States Army and Naval Departments and the United States Veterans Administration may send their samples directly to the laboratory through their own central offices.

C. Whenever possible samples are to be sent by express but if the amount of material is small then it may be sent thru the mails taking special care that the package is so prepared as to meet the requirements of the postal laws of the United States for pathological material which are as follows:

No material from cases of cholera or bubonic plague can be sent thru the mail.

Infectious material will be collected in a heavy walled glass jar which is thoroughly capped with a stopper or screw cap. The jar is to be placed into a cylindrical soldered tin box with a screw cap. A piece of absorbent cotton or some other such absorbing material is placed at the bottom and top of the container. The container is then placed within another container of hard cardboard or of wood which is properly capped or covered. The package is sent by first class mail and it should be clearly stated in the address that it contains infectious material and is to be pouched with letter mail.

Such material as smears of exudates, blood, etc. spread on glass slides may be sent thru the mail provided that they are properly packed so as to prevent breakage in their transit to the laboratory.

D. The Chiefs of the Health Units or the Directors of the institutions should instruct the personnel in charge and see that specimens for pathological examinations are accompanied by a history blank duly filled out. These history sheets are of different colors, depending upon the type of the specimen and the examination desired and should be used accordingly and under no condition should a blank of one type be employed for another examination. The laboratory will not be responsible for mistakes when these instructions are not properly carried out. Two such history blanks should be sent to the laboratory with each specimen, the original and a copy. To do away with as much confusion as possible and to give a better service it is necessary that the name of the patient, the name of the town where the unit is located and the name of the physician sending the specimen be written out in *printing* so that the personnel of the laboratory can clearly understand it. In many cases specimens cannot be reported because the personnel of our laboratories cannot understand the name of the town or the physician that sends the sample.

E. Each specimen is to be collected in the container so prepared for that particular use by our laboratory. These containers that are sent from the laboratory with a small amount of liquid or powder in them should be so used according to instructions. These substances should not be thrown away inasmuch as they are added for a deliberate purpose. In cases of doubt or when special examinations are ordered please consult beforehand with the Director of the laboratory.

F. In the case of food poisoning, when collecting samples for investigation the following data must always be obtained:

Number of persons intoxicated.

Number that ate the suspicious food.
Time elapsing between the ingestion of the food and the appearance of the first symptoms.

Resume of the important symptoms.
Duration of the symptoms and time for complete recuperation.

If any death occurs, indicate the number, and if an autopsy was performed obtain a copy of the same.

Reasons for your suspicion of the food as the cause of the outbreak.

Any other data which the physician thinks may be of importance in the study of the case.

G. In the case of the special jars prepared for the collection of sputum for investigation of tubercle bacilli or feces for bacteriological examination, a label is provided on the jars. The Director of the Units should see to it that the name of the patient, the date and the type of examination desired is written on this label. At the same time the proper history sheets should be duly filled out and sent to the laboratory apart from the specimen so as to avoid in the way the chances of contamination of the history sheets. It will be easier in this way for the laboratory to handle the recording and report of these examinations.

H. Tissues for histological examination should be collected in 10% formaldehyde solution and sent to the Department of Pathology of the School of Tropical Medicine. The Biological Laboratories do not perform histological examinations and will not be responsible for such specimens if sent to them.

I. All samples of cerebro spinal fluid are to be sent by messenger to the laboratory so that they will reach in time before autolysis has set in and the cellular elements of the spinal fluid have decreased.

J. In the case of samples of water and milk for bacteriological examination, special care should be exercised in seeing that the ice box contains ice and that at the time of arrival the temperature within the ice box is taken at the laboratory and recorded on the history sheet by the technician. Samples of water and milk should not be sent through the express or mail as they should reach the laboratory within six hours from the time the specimen was collected. Special care should be taken to fill out the proper history blank indicating the time when the specimen was taken and the name of the inspector obtaining the same.

4. Report of the results of laboratory examinations.

A. It is important to bear in mind that the results of laboratory examinations in connection with the diagnosis, prevention, control and treatment of disease should be interpreted by a physician only. In the interpretation of these results the physician should bear in mind the various biologic factors that intervene in the performance of the tests. The results of laboratory examinations will be sent by the laboratories directly to the physician in charge of the Health Units who will likewise report it directly to the physician of the locality who sent the sample for examination. Under no circumstances should the result of the examination be given to other person unless so requested by the physician.

B. The results of the examinations performed in the investigation of typhoid fever, diphtheria, malaria or other transmissible diseases will be sent by telegram. It is therefore important that the chief of the

Health Unit makes arrangements with the telegraph office so that when he is absent from town the telegram will be delivered to a responsible person. He should likewise make arrangements for telegrams sent to the Sub-Units and see that physicians get the reports at the proper time.

5. Requisition for containers for specimens or other laboratory material.

A. At the end of every month and without the need of a requisition the Central Laboratory at San Juan will forward to every Unit or institution of the Department that amount of laboratory material considered sufficient to carry the work during the month. When the material is not sufficient or when more than the usual amount is needed, the Director of the Biological Laboratory should be notified to that effect. The Director of the Bureau of Health Units in his visits of inspection thru the island will see that there is no excess of laboratory material stocked away.

B. A strict economy is requested on the part of all the personnel of the Department of Health so that there is no waste of containers or other laboratory material.

C. Sterile distilled water, glucose and saline solution for use in the units or institutions of the Department of Health will also be sent every month. In case of emergency the laboratory will be notified of the extra amount of containers of solution required.

D. Other biological material, reagents or special products will be sent upon written request only.

II. INTERNAL RULING

1. Each laboratory will be provided with a bacteriologist in charge who will be directly responsible to the director and assistant directors of the laboratories for the work in the institution, for its proper ma-

agement, and that techniques are carried out according to instructions.

2. The working hours in the laboratories will be from 8:00 to 11:30 A. M. and from 1:30 to 4:30 P. M. It shall be the duty of the Bacteriologist in charge to see that a book is kept where all the personnel of the laboratory will sign on entrance in the morning and afternoons, at 8:00 A. M. and 1:30 P. M. so that a record of all the persons arriving late will be on hand. Whenever an employee is late three times during a month the bacteriologist in charge will see that a report is made to the Bureau of Property and Accounts as equivalent to an absence of one day. If a reasonable excuse is presented the director may forfeit the lateness of the employee.

3. Supervision of work. The supervision of the work of the laboratories will be in charge of the assistant director whose duty it shall be to visit the laboratories, clinical and institutional, under their jurisdiction, at least twice a month, rendering at the end of every month, a complete report of the observations and recommendations for each place visited. The assistant director with residence in San Juan will have charge of the laboratories in the districts of San Juan and Humacao, the assistant director with residence in Ponce will have charge of the laboratories in the districts of Ponce and Guayama and the assistant director with residence in Aguadilla will have charge of the laboratories in the districts of Aguadilla, Arecibo and Mayagüez. Besides the assistant directors there will be supervisors from the Central Unit who will have charge of supervising special phases of the work, mainly bacteriology, serology, parasitology and chemistry, there will also be a technician who will visit the laboratories and the health units continually to supervise the work in microscopy and the general office work.

It should be the duty of the Bacteriologist in charge to see that all technicians and other personnel are constantly at work and under no circumstances should they be assembled in discussions of any sort.

4. The Bacteriologist in charge will refrain from receiving specimens in the laboratory unless they come through official channels.

5. The laboratories of the Department of Health will refrain from performing blood counts, urine analysis or chemical examinations of blood except in very special cases when so requested by the Directors of Health Units or of other dependencies of the Department of Health when these examinations are necessary for the work of the Department of Health.

6. The Bacteriologist in charge will see that a daily report is sent to the Bureau of Transmissible Diseases stating name, address and results of examinations in the following transmissible diseases:

Dysentery, Typhoid, Diphtheria, Cholera, Tuberculosis, Glanders, Cerebro spinal meningitis, Poliomyelitis, Plague, Rabies, Typhus fever, Gonococcal infections, Anthrax, Leprosy, Malta fever, Whooping cough, Malaria.

7. A weekly report of the examinations of water is to be sent to the Central Unit at San Juan in the corresponding report sheet which gives the place where the specimen was taken and the number of 10 c.c. portions showing Coliform Bacilli. When these are negative in the confirmative test even if there was gas in the original lactose tube the final report should be sent as negative.

8. Likewise a weekly report of the examinations of milk should be sent to the Central Unit so that the result may be recorded down and the report sent then to the Division of Milk.

9. In all cases of enteric disease (Typhoid, Dysentery and Para-Typhoids) the labora-

tory will send to the Central Laboratory at San Juan the report sheet with all the data of all those cases that give positive results.

10. A monthly report of all activities of the laboratory following a detailed plan prepared by the Administrative Staff will be rendered by the Bacteriologist in charge to the Director at the Central Laboratory at San Juan, but a copy of said report is also to be sent to the Assistant Director under whose supervision the laboratory is placed.

It will be the duty of the Bacteriologist in charge to see that this report is in the hands of the Director of the Laboratories not later than the 5th of each month. The office personnel should be careful in making up these reports so that no mistakes will be made.

11. No vacation leave will be granted to any employee of the laboratories unless the same is requested with *two months* in advance so that proper arrangements may be made by the Director of Laboratories to send a substitute to do the work of the employee who is asking for vacation leave.

12. All the technicians and other personnel of the laboratories will live in the town or nearabouts where they are assigned for duty.

13. Standard methods.

All laboratories will follow the standard procedures prepared for use by the Director of Laboratories. Any employee of any laboratory which changes one of these techniques on his own behalf, whether the new technic put into effect by him be superior to the other, will be reported to the Commissioner of Health with the request that he be suspended from work. It is essential that everybody adhere to this rule and that instructions are carried out as given. If any Supervisor wishes to change any standard technic of the laboratory he should so request from the Director of the Laborato-

ries giving his reasons for such recommendations but should refrain from ordering a change until consent is obtained by writing from the Director of Laboratories.

From time to time the Central Office will send fill ins for standard methods including changes and new methods to be put into effect. The new fill ins will have corresponding numbers so that they can directly substitute the old pages on the pointed methods.

V. RESEARCH

Research work should occupy a very important part in public health administration and specially in public health laboratory work. There is an old saying that the research work of today often becomes the routine practice of tomorrow. Thru special studies and investigations many local problems are solved and difficulties in the management and work of public health laboratories are often obviated. In spite of the large amount of routine work which has been carried on in our laboratories and of the many difficulties encountered, our institution has to some extent done research which has been of importance in our Island.

With the extension of funds from the Social Security Act to Puerto Rico research will become quite an activity during the coming year. Realizing that there are many problems of great importance in our Island as a cause of death and of physical impairment which up to this time have not been studied or only studied to a very slight and limited extent; with the cooperation of the United States Public Health Service we decided to start certain special studies along special lines of investigation.

To this effect the United States Public Health Service extended to Puerto Rico the special studies of diarrhea and enteritis which were carried out in many sections

of the United States under the direction of Dr. Dyer of the National Institute of Health and the supervision of Dr. A. V. Hardy of Columbia University. During the month of January the United States Public Health Service sent to Puerto Rico Dr. James Watt to help in the organization of these studies. As a result of these studies in which Dr. A. V. Hardy of Columbia University is cooperating with us in their direction and supervision, other investigations have also been carried on. The following is a list of the investigations carried on at the present time in our laboratory.

1. Etiology and Epidemiology of Diarrhea and Enteritis in Puerto Rico.
2. Incidence of Pathogenic organisms in the feces of man and animals.
3. Evaluation of laboratory methods employed in the diagnosis of Diarrhea and Dysentery.
4. Studies of Typhoid Hemoculture.
5. Typing of serological atypical organisms in enteric diseases.
6. Presence of immune bodies for certain pathogenic diseases.
7. Surveys of Institutional and Communal groups in Puerto Rico for the incidence of pathogenic enteric organisms.
8. Effectiveness of direct and indirect culture techniques with the selective media.
9. Comparative studies of the Bile Media for growth culture for typhoid.

For the coming year, besides these investigations which are being carried on we have in project many others which we are going to start as part of our research program. Among these may be mentioned the following:

1. Clinical and etiological studies of acute and chronic colitis in Puerto Rico.

This study will be carried out in cooperation with the staff of the School of Tropical Medicine and the University Hospital.

2. Viability of the gonococcus in the urine.
3. Comparison of different culture tubes for the diagnosis of gonococcal infections.
4. Recovery of the gonococcus in relation with the stage of the menstrual cycle.
5. Comparative effectiveness of Sulphathiazole in combination with gonococcal vaccine for treatment of gonococcal infections.
6. Blood protein levels with ordinary and high protein diets in normal and pregnant women.

During the year there appeared published the investigations which for many years were carried on as part of our research work in our laboratory on the Studies of Food Poisoning in Puerto Rico. The article appeared published in the March number of the current year of the Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine both in the English and Spanish languages. During the year we also finished our studies on the Incidence of Syphilis in Puerto Rico which will appear published in the Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine during the month of December of the current year. This study which is really an extension and continuation of a smaller study carried out in our laboratory and published in the Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine in 1931, is based on the results of complement fixation and flocculation tests in selected and unselected groups of the general population of the Island.

The enteric laboratory has been very active during the year. Since its organiza-

tion on the 1st of January to the end of June of the current year, a total of 3,552 fecal specimens was examined. To this can also be added 641 fecal specimens which were run in a special study, making a total of 4,193 examinations. Of this total 762 or 18.2% showed the presence of one or more intestinal bacterial pathogens of one kind or another. A resumé of the results of these examinations follow:

Number of specimens examined (fecal only) — — — — —	3,552
Number of special SS slant specimens examined — — — — —	641
Total number of fecal specimens studied	4,193
Total number of specimens having one or more intestinal pathogens (bacterial) —	762
	Number %
Number of specimens positive for E. Typhosa — — — — —	125 3.0
Number of specimens positive for S. dysenteriae Flexner — — — — —	344 8.2
Number of specimens positive for dysenteriae Sonne — — — — —	21 0.50
Number of specimens positive for Newcastle dysentery bacillus — —	2 0.04
Number of specimens positive for S. dysenteriae Schmitz (and Schmitz-like) — — — — —	15 0.35
Number of atypical Shigella (for further study) — — — — —	21 0.50
Number of organisms identified but not considered of definite pathogenic significance — — — —	24 0.57
Number of suspected non lactose ferments (for detailed study) —	250 6.0

Besides this work the enteric laboratory during that same period of time ran 187 blood cultures with 12 positive for typhoid bacilli, a positive percentage of 6.1. Likewise 289 blood clots were examined for evidence of typhoid bacilli with 22 or 7.6% showing positive results. 373 agglutinations for evidence of specific typhoid agglutinins were examined with 69 or 18.5% showing positive results.

VI. REGLEMENTATION AND CONTROL OF LABORATORY WORK

Laboratory work specially along public health lines has acquired a tremendous impulse in our Island in recent years. This increased interest in public health bacteriology will continue for some years to come; the present status of public health administration and the trends which sanitary science is following demand it. Many clinical laboratories are being opened in our Island, some of these are in the hands of competent persons, other unfortunately are not and a poor quality of work is done. With the increased interest in Venereal Diseases and specially in the diagnosis of syphilis, public health laboratories are doing a large amount of this work for the indigent and for persons with financial means. In view of this it becomes necessary for the Central Unit of the Biological Laboratories at San Juan to check up and standarize, first, the work which is being performed at our own Government Laboratories. We have already started to select our personnel with good academic preparation and it is our aim during the coming year, thru adequate supervision, to make sure that instructions are followed in the technical procedures and to put into effect a continuous system of check-up to make sure that the work is being carried on in our laboratories according to instructions.

With the approval by the Insular Board of Health of regulations governing the control of Venereal Diseases, the Commissioner of Health has the power to investigate private laboratories and accept or reject them for diagnostic work. We can take the opportunity of this to investigate private laboratories and eliminate those that are in the hands of incompetent or careless persons and approve those that do good quality of work.

We are aiming for the coming year, specially as regards the diagnosis of syphilis, to supply any laboratory that so requests, and free of charge, antigen and reagents for the performance of serological examinations provided that these laboratories promise to do only standard techniques, the selection being left to the person in charge of the laboratory and that they be willing to receive specimens for check up and to

send to our laboratories specimens so as to compare the results and in that way be able to standarize our techniques in the Island. Many private laboratories are utilizing our antigen for flocculation tests at the present time: The Clinic of Dr. Pila in Ponce, Hospital Tricoche in Ponce and the Clinical Pathologist of the Auxilio Mutuo in Río Piedras, the Municipal Hospital and the Mimiya Hospital at San Juan.

VII. BUDGET

The following outline gives in details the expenditures of the laboratory in the dif-

ferent budgets, Insular or Federal during the fiscal year just passed:

	: Insular Budget :		Federal Funds :		TOTAL :	
	: ————— : :		: ————— : :		: ————— : :	
	: Amount :	: Percent :	: Amount :	: Percent :	: Amount :	: Percent :
	: ————— : :		: ————— : :		: ————— : :	
Laboratory supplies	7650	11.3	—	—	7650	7.4
Equipment	—	—	17730	49.3	17730	17.1
Special supplies	—	—	10950	30.5	10950	10.6
Miscellaneous	2574	3.8	1230	3.4	3804	3.7
Material and equipment	5400	8.0	—	—	5400	5.2
	: ————— : :		: ————— : :		: ————— : :	
Salaries	52106	76.9	6030	16.8	58136	56.0
	: ————— : :		: ————— : :		: ————— : :	
Total expenditure	67730	65.4	35940	34.5	103670	—

Attention must be called to the fact that with the amount of equipment and special supplies purchased to open three new laboratories and expand the work of the four already at work, this item of expenditure is considerable this year. In spite of this, the total cost per examination of 0.153 is not high, and if the special sums employed for training and for equipment and supplies be eliminated the expenditure per examination would be 0.10 a figure much lower than last year which was 0.146.

The total expenditure in dollars during the present and past fiscal years for laboratory work computed on the basis of each examination performed at the district Bio-

logical Laboratories can be seen in the following resume which contrasts the present and past fiscal years.

	1938 - 1939	1939 - 1940
Total expenditure	0.146	0.10
Materials	0.023	0.011
Equipment	0.0095	0.004
Miscellaneous	0.0044	0.008
Salaries	0.108	0.08

The following table shows the number of examinations performed per month per unit of personnel (technical only) in the four laboratories running normally throughout the year, those of San Juan,

Ponce, Aguadilla and Mayagüez. In this computation we have not included the trai-

nees in our laboratories during the year just ended:

	: 1938 - 1939	: 1939 - 1940	:
All laboratories	1160.6	1703	:
San Juan Laboratory	1340.4	1873	:
Ponce Laboratory	1067	2061	:
Aguadilla Laboratory	992	1123	:
Mayagüez Laboratory	950	665	:

The total cost per individual of living population (estimate for 1940 of 1,872,482) was 0.055 but if one excludes the special funds allotted from titles V and VI of the Social Security Act for special equipment and supplies for new laboratories the true figure would be of 0.036 as compared to 0.043 for the previous fiscal year of 1938-39.

VIII. RESUME OF THE WORK PERFORMED DURING THE YEAR

During the fiscal year which has just ended, a grand total of 907,396 laboratory examinations was performed in the seven district laboratories, the six clinical laboratories of the hospitals and institutions of

the Health Department and the small laboratories maintained in nineteen (19) Health Units throughout the island, an increase of 17.8% over the previous year. This number of tests is the largest in the history of the Health Department of Puerto Rico, an average of 499 laboratory examinations for every thousand of living population of the island (based on an estimated population of 1,872,482 on July 1st 1940) which represents a decided increase over the previous year when the figure reached 419.4. The following table summarizes the number of examinations performed during the year by the different laboratories, including the pending percentage performed of the total work and the increase over the previous year.

	: Number of	: % of	: % Increase	:
	: Tests	: Total	: Over Past Year	:
Biological Laboratories	675627	74.4	27.7	:
Hospital laboratories	36285	3.9	23.3 #	:
Health Units	195484	20.2	6.7	:
T o t a l	907396		17.8	:
				:

- Decrease

The seven district biological laboratories performed 675,627 tests which comprise 74.4% of all the laboratory examinations performed. In the following table may be

seen the number of tests carried out at each laboratory, the percent of the total of 675,627 examinations corresponding to each, and the percent increase over the previous year.

	Number of Tests	% of Total	% Increase Over Past Year
San Juan	404515	59.9	14.3
Ponce	173190	25.6	69.1
Aguadilla	80568	11.9	12.8
Mayagüez	15959	2.4	17.8 #
Arecibo	1029	0.15	—
Guayama	176	0.026	—
Humacao	190	0.028	—
All	675627	—	27.7

Computed on the basis of 2 months in 1938 - 1939.

Of all the examinations performed by the Biological Laboratories, as was to be expected, the largest number corresponded to San Juan. The institutional laboratories of the Department of Health which include the four laboratories of the Tuberculosis Hospitals and the Psychiatric Hospital at Río Piedras performed 36,285 examinations.

The following table shows in detail the number of examinations with the percent of the total and the percentage difference over the figure of the previous year for the four Tuberculosis Hospitals. At each hospital with the only exception of Guayama, there was a marked decrease in the number of examinations performed.

LABORATORY	Number of Tests	% of Total	% Decrease Over Past Year
Río Piedras	11,298	38.6	32.2
Ponce	9,583	32.7	22.9
Mayagüez	3,669	12.5	36.4
Guayama	4,719	16.1	43.5 #
All	29,269	—	23.3

- Increase

The laboratory at the Psychiatric Hospital performed 7,016 examinations which represents an increase of 334.8% over the previous year when only 1,614 tests were performed.

At the Health Units the microscopists performed during the year 117,402 examinations of feces for intestinal parasites, 16,358 smears of blood for malarial parasites and 61,724 of other types, a total number of examinations of 195,484 which

represents an increase of 6.7% over the previous year when a total of 183,191 specimens was examined.

Table number one (1) in the appendix shows the total number of examinations with the percent increase from year to year performed in the Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico since 1911 when the first laboratory began to operate. A steady and constant increase is noted; indicative of the develop-

ment and expansion of our laboratories since that time. Table number two (2) gives a resumé of all the examinations performed in the various district, institutional and other laboratories of the Health Department of Puerto Rico during the year just ended. This table is an exponent of the work carried out during the year in the various institutions which perform laboratory examinations in the control, prevention, and treatment of transmissible diseases.

PHASE OF WORK	: NUMBER	: PERCENTAGE OF TOTAL	:
Bacteriology	: 21,051	: 3.1	:
Serology	: 470,980	: 69.9	:
Clinical microscopy	: 167,209	: 24.7	:
Bio-chemistry	: 11,989	: 1.65	:
Miscellaneous	: 3,853	: 0.57	:

Besides the study and investigation of the pathological material for examination, the Central Laboratory at San Juan has charge of the preparation of all the containers, solutions and certain biological products for distribution throughout the island.

Table number eleven (11) in the appendix shows in details the total number of containers and outfits for the collection of samples which were prepared during the year and distributed to the island. Likewise the same table shows the number of bottles of distilled water which were prepared for distribution among the venereal disease clinics and other material prepared for distribution. In this table is also shown the percent increase of this material over the previous fiscal year. This table demonstrates the expansion of our work along these lines.

Bacteriological Examinations

During the fiscal year just ended bacteriological examinations increased consider-

Table number three (3) shows the number and percent of the various types of examinations performed in each laboratory, in other words, it shows the classification of the different tests performed during the year.

A study of the table shows clearly the distribution of the various phases of the work in the different laboratories, the largest item being that of serological (complement fixation and flocculation blood tests) examinations.

ably, a total of 21,051 which represents 3.1% of all the work of the laboratories. A number of new methods and techniques were introduced in the different phases of the work. The number of the more specialized bacteriological procedures also increased during the year just ended.

Water examinations: During the fiscal year which has just passed a total of 9,935 bacteriological examinations of water were performed in the Biological Laboratories at San Juan, Ponce, Aguadilla and Mayagüez which represents an increase of 118.1% over the previous year when the number was 4,554. The laboratory at San Juan performed 5,196 a corresponding percentage of 52.3; that of Ponce 2,018 (20.3%); that of Aguadilla 1,236 (12.4%) and that of Mayagüez 1,485 (14.9%). Table number 5 shows the results of the bacteriological examinations of water from various water works in the island which treat the waters. None of the water of these plants fell within the minimum requirements of the United States Public Health Service for

potable water for use in interstate commerce.

Milk: The number of bacteriological examinations of milk decreased during the year. A total of 1,744 specimens was examined, distributed as follows:

Aguadilla 394; Arecibo 233; Mayagüez 284; Ponce 302; Guayama 119; Humacao 60; San Juan 352.

During the year we began to use the new medium recommended in Standard Procedures for the Bacteriological Examinations in Milk, Tryptone Glucose Milk Extract Agar.

In table number 6 is shown in detail the classification of the examinations on milk performed during the year on the specimens collected by the different district inspectors the results being arranged according to the standard plate count obtained. The figures represent the percent of the various standard plate counts of the total number of examinations per district.

In spite of the fact that the number of specimens collected during the year was smaller than during the past year, the bacteriologic counts tend to show that better milk is being sold.

Blood: During the fiscal year just ended 2,908 bacteriological examinations of blood were performed in our laboratories, 1,091 corresponding to blood cultures and 1,817 to blood clot cultures. This total number represents a decrease of 1.8% over the previous year, the decrease being more marked in the blood cultures amounting to 44.5% in contrast to the previous year while regarding the blood clot cultures there was an increase of 82.8%. The 1,091 blood cultures showed a positive percentage for typhoid bacilli of 4.3, while the 1,817 blood clot cultures showed a positive percentage of typhoid bacilli of 4.6.

Feces: The bacteriology of feces has occupied a place of prominent importance in the work of our laboratories during the year especially as concerns the central laboratory at San Juan where a special enteric laboratory was equipped and organized. During the year a total of 5,947 fecal specimens was studied bacteriologically as regards to the presence of enteric pathogens. This number represents a percentage increase of 197.5 over the previous fiscal year when only 2,001 fecal specimens were examined bacteriologically. Of these specimens, 2,564 were examined for evidence of dysentery bacilli, representing an increase of 5862.8% over the previous fiscal year when only 43 specimens were examined. As regards evidence for typhoid bacilli 3,383 specimens were examined, an increase of 72.8% over the previous year when only 1,958 were examined. Detailed results of the examinations performed in the enteric laboratory during the past six months of the fiscal year may be seen under the heading of special research.

Culture of gonococci: During the latter part of the month of April of this year special methods for culturing gonococci were introduced as a routine procedure in our Central Laboratory at San Juan. Since that time to the end of the fiscal year, a period of about three months, a total of 318 specimens of exudate, urine or prostatic secretion, have been cultured for gonococci, with positive results in 103 or 32.3% of all examined.

The importance of cultures for gonococci can be clearly seen by studying the results in these 103 cases which were found positive by culture.

Thirty six cases or 11.3% of the total number of specimens examined were male patients with no urethral secretion whatsoever so that no smears could be taken. In these however a specimen of the first few

cubic centimeters of urine after a prostatic massage showed typical gonococci in culture.

Forty seven cases or 14.7% showed evidence of gonococci by the culture method together with intracellular and extracellular gram negative diplococci in stained smears of the exudate. In 20 cases or 6.6% gonococci were isolated from the exudate while the smear did not reveal either intra or extracellular gram negative diplococci.

In 13 cases or 4% the smear revealed intracellular gram negative diplococci while the culture was negative.

Twenty six cases or 8.1% showed extracellular gram negative diplococci and negative results to the culture.

In 4 cases intracellular gram negative diplococci were found while bacteriological examination was unsatisfactory inasmuch as spreaders in the plates were very abundant and no satisfactory results could be obtained. Likewise in 8 other cases gram negative extracellular diplococci were found in the smear but the culture showed considerable spreaders that made the plates unsatisfactory.

Miscellaneous: Under miscellaneous 374 bacteriological examinations were performed during the year which has just passed as follows:

Urines for typhoid bacilli	14
Food products	13
Gaseous drinks	208
Exudates	17
Ice	74
Cerebro spinal fluids	5
Other examinations	43

SEROLOGY

Under serology we have included complement fixation and flocculation tests in connection with the diagnosis of syphilis, and agglutinations reactions on blood. A

total of 470,480 tests was performed during the year in all of our laboratories which represent 69.9% of all tests performed during the year.

Flocculation and complement fixation tests: Flocculation tests and complement fixation (modified Wassermann reaction) in relation with the detection of reagin in the blood of patients as regards the diagnosis of syphilis has been one of the important items of work in all of our laboratories during the present fiscal year. The increase in this special phase of laboratory work has been enormous. The establishment of the venereal disease division during the previous fiscal year and the rapid expansion and progress in the work of the division during the year just past, with special emphasis upon syphilis, its diagnosis, control and treatment has brought about a great increase in the work of our laboratories. Table number 4 shows in detail the variety of complement fixation and flocculation technics performed in our district laboratories with the average number of tests of each type of technic performed per month and per day (on the basis of 260 days in a year). Among the various technics performed to the Kline microscopic exclusion test correspond 41.1% of the total of 467,798 tests performed during the year, with a negative result in 40.2% of the tests. On the other 60% of the suspicious or positive Kline exclusion tests, standard technics which represents 58.8% of the total number of tests were performed. The following brief summary outlines the percentage of each of these various specialized technics performed during the year in all of our laboratories:

Kline exclusion	41.1%
Kahn standard	27 %
Kline diagnostic	26.8%
Wassermann reaction	5 %

Table number 4-a shows the total number of blood specimens subjected to examination (complement fixation or flocculation) during the fiscal year just passed with the number of each type of test performed at each of our district laboratories, the percentage increase over the previous year and the average number of daily and monthly examinations at each. In Table number 4-b is shown the rapid growth and expansion of our laboratories as regards serologic techniques. The table shows the annual increase in the number of blood specimens and the total number of tests performed during the quinquennium 1935-1936 to 1939-1940.

During the year we have been performing in all of our laboratories a Kline exclusion test. Those samples giving negative results are reported as such but all cases in which there is suspicion or evidence of a positive reaction the sample is retested by both a Kahn and Kline standard technic. If the results on these two techniques agree they are so reported, otherwise the test is again repeated by both standard tests. In the laboratory at San Juan when the Kahn and Kline don't agree a complement fixation is performed and the result of the three tests is reported.

During the year a total of 202,498 blood specimens were sent to all of our laboratories for serological examinations, and on these, 467,798 tests were performed. Tables number 4, 4-a and 4-b give full details as to the results and types of examinations which were performed. A daily average of 1,799 tests was performed in all of our laboratories throughout the island during the year, San Juan with an average of 1,065, Ponce 514 and Aguadilla 220, the daily computation being made on the basis of 5 days a week or 260 days a year inasmuch as our laboratories do not perform serologic examinations on Saturdays, the

day being employed in preparing the necessary materials for the coming week.

Cerebro spinal fluids: During the year a total of 799 cerebro spinal fluids was sent to the laboratories for complement fixation reactions which represent an increase of 6.5% over the previous year. Complement fixation tests were done on all of these cerebro spinal fluids specimens, also the colloidal gold reaction of Lange.

Agglutination reactions: A total of 3,182 agglutinations reactions for evidence of specific antibodies, against typhoid bacilli was performed during the year which represent an increase of 6.6% over the previous year.

CLINICAL MICROSCOPY

Under the item of clinical microscopy was performed a total of 164,131 examinations, which represents 24.7% of the total number of examinations performed in all our laboratories during the year just ended, including routine microscopic examinations on exudates of the throat for diphtheria bacilli, vaginal or urethral exudates for gonococcus, sputum for tubercle bacilli, blood smears for malaria, feces for intestinal parasites and other occasional miscellaneous examinations.

Exudates for diphtheria bacilli: A total of 14,711 examinations was performed during the year as compared to 46,671 the previous year, a decrease of 68.5%, this being the direct result of our recommendation of last year to the effect that the routine sampling for diphtheria bacilli be discontinued except in those cases where there was an indication for it. Table No. 7 gives a resume of the results of examinations of exudates for diphtheria bacilli.

Gonococcus: During the year a total of 5,342 smears was examined for evidence of gonococcus of which 31.5% showed the pre-

sence of intracellular gram negative diplococci. The number of smears examined increased by 52.2% over the previous year when 3,502 were examined. This increase was the direct result of the expansion in the program of the venereal disease division with the intensification of the work on gonorrhea.

Sputum: A total of 27,802 sputum examinations for evidence of tubercle bacilli was performed in the four biological laboratories, an increase of 7.3% over the previous fiscal year when only 25,900 specimens were examined. In the Tuberculosis Hospitals a total of 17,979 specimens was examined as compared with 26,314 the previous year, a decrease of 31.7%. The grand total of examinations for sputum in the whole island was equivalent to 46,042 as compared to 52,244 the previous year, a decrease of 11.9. Table No. 8 in the appendix shows the results of the examinations of sputum in the different district and institutional laboratories of the Department of Health of Puerto Rico.

Feces: The total number of fecal specimens examined for evidence of intestinal parasites in all the laboratories and health units in the whole island during the fiscal year just ended was 209,593 as compared to 208,868 the previous year, an increase of 0.34%. The seven district biological laboratories performed a total of 89,065 fecal examinations, while the microscopists at the Health Units performed 117,402 examinations and the institutional laboratories 5,126 examinations. Table number 9 shows the percentage incidence of ova of helminths in fecal specimens examined in our district laboratories during the year. In studying the results of this table if one should compare them with the results in the reports 10 or 12 years ago, one would notice a marked difference in the variety, of parasites present. This is accounted for,

by the fact that during the last three or four years the feces are examined by the brine flotation method only, in contrast to previous years when a direct fecal smear was examined. With fecal smears the variety of parasites detected is much larger than by the method employed at the present time.

Blood: During the year a total of 27,211 blood smears for evidence of malarial parasites was examined in our district laboratories, 5,076 in the institutional laboratories and 16,358 in the health units which makes a grand total of 46,645 malarial examinations.

In table number 2 can be seen the number of examinations in each of the district and institutional laboratories. The increase during the year in the number of specimens examined in our laboratories amounted to 2.2%.

BIO-CHEMISTRY

During the fiscal year just ended the Biological Laboratories performed a total of 11,981 chemical examinations (1.65% of the total of all examinations performed in the laboratories) in comparison to 8,828 the previous year. Of these, 10,113 were examinations of urine, 1,026 chemical examinations of the blood and 842 chemical examinations of cerebro spinal fluids. Practically all of the chemical examinations on blood performed in our laboratory at San Juan are sent from the Psychiatry Hospital at Río Piedras. The following list gives an idea of the different types of chemical examinations of blood performed during the present and past fiscal years:

1938-1939 1939-1940

Non protein nitrogen	48	78
Urea nitrogen	172	162

Creatinine	56	142
Uric Acid	46	54
Glucose	262	247
Chlorides	171	137
Serum phosphorous ..	7	6
Cholesterol	69	109
Serum calcium	130	89
Thiocyanates	4	2

Among the common causes for discarded samples are the following:

1. Blood hemolyzed
2. Specimen decomposed
3. Specimen improperly collected
4. Specimen improperly labelled
5. Insufficient amount for examination
6. Container broken and contents spilled
7. Inadequate container
8. Other reasons

The 10,113 examinations of urine represent an increase of 30.5% over the previous year when only 7,748 were made. Special steps should be taken so that the number of examinations of urine should not increase. This is an activity which does not concern public health and is a matter of considerable worry to the laboratory at San Juan where a special technician has to be detailed to do this work only. Of these 10,113 urine examinations the laboratory at San Juan performed 5,405, the laboratory at Ponce 2,425, the laboratory at Aguadilla 873 and the laboratory at Mayagüez 1,410.

Discarded samples: Considerable difficulty is experienced by our laboratories in San Juan and the Island with the discarded samples, that is, those that for one reason or another are unfit for the requested examination. The main difficulty encountered is with the blood samples sent for serological examination in connection with the diagnosis of syphilis. This however has been remedied considerably, as notwithstanding the decided increase in the number of blood specimens from year to year the percentage of discarded samples has decreased or remained more or less the same.

A very common source of difficulty between the laboratory and the Health Units and physicians is the improper use of the colored history sheets accompanying each specimen. Since the specimens are sorted and classified according to the colored history sheet, often specimens are subjected to examinations other than the ones requested.

The percent of discarded samples in our laboratories during the fiscal year which has just ended is 3.6 which is more or less the same as the previous fiscal year when it was 3.5. The following table shows the discarded samples during the fiscal year just ended 1939-1940 at each of our biological laboratories together with the corresponding percent which this represents of the total examinations performed at each institution.

LABORATORY			
	: Number :	Examinations :	
	:	% of Total :	
San Juan	14,632	3.6	:
Ponce	6,963	4.0	:
Aguadilla ..	2,332	2.9	:
Mayagüez ..	476	3.0	:
All	24,403	3.6	:

If we compare the number of discarded samples per year and the corresponding per cent which these represent out of the total number of examinations performed annually during the past quinquennium 1935-36 to 1939-1940 as shown in the following table, one can see that there has been more or less the same percentage of discarded samples from year to year with the exception of the year 1937-1938 when the percentage of discarded samples was very large.

Year	:	Number	:	% of Total	:
	:		:	Examinations	:
1939-1940	:	24,403	:	3.6	:
1938-1939	:	18,609	:	3.5	:
1937-1938	:	31,000	:	7.5	:
1936-1937	:	10,984	:	3.9	:
1935-1936	:	10,511	:	4.8	:

X. PLANS FOR THE FUTURE

Our plans for the future will be mainly directed towards the organization of the division of biological products so as to supply the Health Department as far as possible with typhoid vaccine, tuberculine, and other materials employed in the prevention, control and treatment of disease, and towards the intensification of a research program which will result in greater benefit to the people of our island.

XI. RECOMMENDATIONS

In view of the difficulties encountered during the year which has just finished, of our experience in the direction of the laboratories during the past ten years and stimulated by the desire for a better service to the Department of Health and the community as a whole, we make the following recommendations:

1—*Water Standards*: The standards of the United States Public Health Service for Interstate Commerce have been used as official in Puerto Rico as in other cities of the United States, but we believe that in view of the authority granted you by the Food and Drug Act of Puerto Rico it would be to a better advantage to officially promulgate these standards for use in our island.

In the study of waters for certification, special care should be taken as regards sampling; specially waters from private enterprises which are sold in bottled form. A minimum of 20 standard samples should be taken before any water is certified for human consumption in the island.

Water that shows the presence of Coliform Bacilli should not be accepted for public use except under the following conditions:

(a) When 10% or less of the total number of 10 c.c. portions shows the presence of coliform bacilli.

(b) When 5% or less of the total number of standard samples examined shows the presence of coliform bacilli in 3 or more of the 10 c.c. portions which constitute a standard sample.

(c) The water should fall within the requirements of both (a and b) which should be interpreted simultaneously.

The methods and procedures employed in the examination of samples of water for certification should conform to those appearing in the latest edition of standard methods in water analysis prepared and published by the American Public Health Association.

2—*Training of technicians*: Inasmuch as the School for Technicians will be inaugurated on September 1st. of the current year as a part of the School of Public Health to be run in cooperation between

the DeLamar Institute of Public Health of Columbia University, the School of Tropical Medicine of Puerto Rico and the Department of Health we request that you do not authorize the training of technicians in any of our laboratories. If we wish the School to be a success we must insist upon not allowing the training of technicians in our laboratories and request that the personnel to be employed in the future in all of our laboratories possess certificates from the School of Public Health, or similar institutions.

As regards the Microscopists for work in the Public Health Units they could be sent to the Central Unit of the Biological Laboratories at San Juan for a period of six months for special training in clinical microscopy including examinations of blood smears for malaria and fecal specimens for intestinal parasites. These microscopists should possess a minimum requirement of a High School diploma scientific course.

3—*Specimens for serological examinations*: In view of the fact that so many of the blood specimens sent to our laboratories for serological examination are received in a hemolyzed condition and although we know that this would be remedied to a considerable extent with the opening of the three new laboratories, we believe that the Division of Venereal Diseases should study the advisability of supplementing the taking of blood specimens as is done at the present time by using needles already sterilized in small envelopes. This, we realize will be somewhat more expensive than the present method but the results we believe will undoubtedly warrant the added expenditure. It may be argued that at the beginning it will be more difficult for the nurses that take the specimens, and we agree, but once they acquire some experience, this method will result more advantageous in every way.

4—*Scholarship*: We respectfully recommend the sending of a Bacteriologist to the Public Health Laboratory of the State of Massachusetts in Boston to be thoroughly trained in the preparation of antityphoid vaccine, tuberculin, diphtheria toxoid and other biological products to be employed by the Department of Health. Inasmuch as our laboratory is at the present time fully equipped to do this type of work and taking in consideration the large amount of these biologicals that could be prepared at low cost, it seems to us more than worthwhile to undertake the training of this technician in the United States to begin to work as soon as possible.

5—*Conference of State Laboratory Directors*: As you know, every year in connection with the annual meeting of the American Public Health Association the Directors of State and Provincial Public Health Laboratories meet at a conference to discuss the current problems with which these institutions are confronted and the possibility of adapting the new techniques and methods described by the numerous investigators during the year. The attendance of laboratory directors to this conference is of the utmost importance and benefit to the laboratory, the Health Department and the community as a whole. During the past three years the Director of the Biological Laboratories has attended this conference on his own behalf and we believe that during the coming year arrangements should be made to send a representative of our laboratory to attend the conference officially on behalf of the Department of Health of Puerto Rico. The present expansion of the work and the extension of new research activities warrant this expenditure.

6—*Water supplies*: We respectfully recommend to you that proper measures be taken to try to remedy the situation of the Public Water Supplies in the Island of

Puerto Rico. It is necessary that a competent sanitary engineer, be assigned to collect all data available in Puerto Rico and make a thorough study as to the needs, so that you, thru the Governor of Puerto Rico, may present corrective measures to the Legislature of Puerto Rico. The problem of water supplies is of the utmost importance here, especially now, that Puerto Rico has become an advance defense post of the american continent. We very firmly believe that it would be a wise thing as recommended by the Bureau of Engineering under its late director, Mr. Marciano, that all the aqueducts be placed under a central office to be administered and run independently of the Municipal Government and entirely separate of all political interference.

7—*Check up system*: We hope that during the coming year financial arrangements are made for the travelling of the supervising personnel for the laboratory work in the island. It is essential that the system of checking up be conducted thruout the year as this is the only way to see that the Bacteriologists in charge and the technicians are following instructions as given. We have arranged so that the Assistant Directors will visit the laboratories periodically at least twice a month and that the supervising technician make periodic visits to the laboratories to check up the different phases of the work that is carried out. Reports will be rendered to the Director of Laboratories so that we can keep up with the work that is being done on the island.

8—*Rules and regulations*: We recommend that you approve the rules and re-

gulations for the management of the work in the laboratories thruout the island that we have submitted in this annual report.

9—*Chemical laboratory*: A matter which should be carefully studied is the advisability of extending to the different district laboratories, chemical work as supplied to water and milk control if a proper coordinating arrangement can be made. Other chemical procedures specially those related with criminal cases under no condition should be extended to our laboratories.

10—*Pathology laboratory*: For some time we have recommended the establishment of a Division of Pathology in our laboratory. With the opening of the Department of Pathology in the Bayamón and Fajardo District Hospitals, it would be advisable to organize a Department of Pathology in the Central Laboratory which could act as a central unit in the coordination of the work of the district hospitals and in the extension of the work to the island and to the physicians as a routine diagnostic procedure. This routine diagnosis is done at the present time at the School of Tropical Medicine.

11—*Animal examinations*: The capture of rats and their examination for evidence of plague should be intensified as a control measure. The laboratory is prepared to do the examination of the rodents but their capture must be entrusted to the proper division in the central organization. The intensification of this work has a great importance in Puerto Rico where on two previous occasions bubonic plague has appeared in our island.

TABLE NO. 3

CLASSIFICATION OF EXAMINATIONS PERFORMED IN PERCENTAGE OF TOTAL PERFORMED DURING THE YEAR

TYPE OF EXAMINATIONS	: All Laboratories : SAN JUAN : PONCE : AGUADILLA : MAYAGUEZ											
	: Number :	Percent :	Number :	Percent :	Number :	Percent :	Number :	Percent :	Number :	Percent :	Number :	Percent :
BACTERIOLOGY:												
Water	9935 :	1.5 :	5196 :	1.3 :	2016 :	1.2 :	1236 :	1.5 :	1485 :	9.3 :		
Milk	1857 :	0.27 :	528 :	0.13 :	421 :	0.24 :	632 :	0.78 :	306 :	1.9 :		
Blood	2906 :	0.43 :	2908 :	0.71 :								
Feces	5767 :	0.85 :	5767 :	1.4 :								
Miscellaneous	554 :	0.08 :	551 :	0.14 :			3 :	.004 :				
SEROLOGY:												
Complement fixation	23610 :	3.5 :	23610 :	5.8 :								
Flocculation	44188 :	65.9 :	235197 :	62.6 :	133733 :	77.2 :	57241 :	71.0 :	12 :	.07 :		
Agglutinations	3182 :	0.47 :	2571 :	0.63 :	367 :	0.21 :	40 :	0.04 :	204 :	1.3 :		
CLINICAL MICROSCOPY:												
Sputum	27772 :	4.1 :	18621 :	4.6 :	2744 :	1.6 :	2728 :	3.4 :	3679 :	23.0 :		
Feces	87881 :	13.0 :	43245 :	10.7 :	23671 :	13.7 :	13616 :	16.9 :	7349 :	46.0 :		
Blood	27069 :	4.0 :	19059 :	4.7 :	4570 :	2.6 :	2097 :	2.6 :	1343 :	8.4 :		
Exudates	14711 :	2.2 :	10313 :	2.5 :	2690 :	1.6 :	1708 :	2.1 :				
Miscellaneous	9776 :	1.4 :	8665 :	2.1 :	546 :	0.31 :	394 :	0.48 :	171 :	1.1 :		
BIO CHEMISTRY:												
Blood chemistry	1026 :	0.15 :	1026 :	0.25 :								
Urines	10113 :	1.5 :	5405 :	1.3 :	2425 :	1.4 :	873 :	1.1 :	1410 :	8.8 :		
MISCELLANEOUS:												
	3653 :	0.57 :	3853 :	0.95 :								

Table No. 4

RESULT OF THE VARIOUS BLOOD TESTS PERFORMED IN CONNECTION WITH THE
DIAGNOSIS OF SYPHILIS

T E S T	NUMBER	AVERAGE PER MONTH	AVERAGE PER DAY #
EXCLUSION:			
Kline flocculation	192,391	16,033	740
Percent negative	40.2		
STANDARD:			
Kline flocculation	125,373	10,447	482
Percent positive	27.8		
Kahn flocculation	126,424	10,535	486
Percent positive	21.8		
Complement fixation	19,863	1,655	76
Percent positive	23.1		
Total samples examined	202,498	16,875	779
Highest positive percent	17.2		
Total of tests performed	467,798	38,983	1,799

On the basis of 5 days a week or 260 days.

Table No. 4b

SHOWING ANNUAL INCREASE IN THE NUMBER OF BLOOD SPECIMENS AND TESTS
IN THE DIAGNOSIS OF SYPHILIS DURING THE QUINQUENNium 1935-36 TO 1939-40.

YEAR	SPECIMENS EXAMINED		TESTS PERFORMED			
	NUMBER	% INCREASE	NUMBER	% INCREASE OVER PRE- VIOUS YEAR	% OF ALL EXAM. OF LA- BORATORIES	
1939-40	202,498	35.6	467,798	49.6	69.2	
1938-39	149,285	35.2	312,675	128.5	59.1	
1937-38	110,445	76.4	136,804	38.7	32.9	
1936-37	62,613	6.6	98,605	31.8	54.9	
1935-36	58,751	—	74,826	—	34.1	
			98,605	31.8	34.9	

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII NOVIEMBRE, 1940. Número 11

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

NOTAS EDITORIALES

ASAMBLEA ANUAL

A sólo unos cuantos días de la fecha señalada para la celebración de la Trigésima Séptima Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, y teniendo ante nosotros una relación completa de los actos científicos y sociales que han sido organizados por los encargados de preparar el programa, volvemos a ocuparnos en esta columna de dicho acto, para llevar a la mente de nuestros lectores, una idea más o menos exacta de lo que será el acto que se aproxima, y cuya celebración esperamos con ansiedad todos los médicos asociados.

Como adelantáramos en una edición anterior, el programa científico ha sido dividido en las siguientes secciones:

Medicina

Cirugía

Tuberculosis

Urología

Salud Pública

Administración de Hospitales

Además de estas secciones, en las cuales

habrán de presentarse alrededor de 30 trabajos, se celebrará una sesión plenaria el sábado por la noche, en la que tomarán parte algunos de los invitados de honor, entre los cuales se encuentran el Dr. Warren F. Draper, Ayudante del Cirujano General, quien vendrá a Puerto Rico en representación del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; el Dr. Malcolm T. MacEachern, Director Asociado del Colegio Americano de Cirujanos; el Dr. Louis F. Bishop, reputado especialista en cardiología de la ciudad de Nueva York, y el Dr. José M. Quintero Fossas, internista de reconocidos méritos de la ciudad de La Habana. Otros invitados de honor tomarán parte en las distintas secciones que habrán de celebrarse.

Han sido organizadas asimismo, clínicas médicas y quirúrgicas en los Hospitales de la Capital, el Hospital de la Universidad, el Hospital Presbiteriano y el Hospital San José, todas las cuales habrán de revestir gran importancia, a juzgar por el interés que se han tomado los compañeros que habrán de tenerlas a su cargo.

En la sesión inaugural, que habrá de celebrarse la noche del viernes 13, tomarán parte el presidente de la Asociación, Dr. Oscar Costa Mandry, el Hon. Gobernador de Puerto Rico, Almirante William D. Leahy, el Dr. Warren F. Draper, y el Sr. José A. Balseiro, quien tendrá a su cargo el discurso de clausura.

Como complemento al magnífico programa científico organizado, se han preparado varios actos sociales, que sin duda alguna habrán de contribuir grandemente a hacer de nuestra próxima asamblea un acontecimiento trascendental en la vida de la Asociación.

En cuanto a la parte administrativa, ésta ha sido organizada de tal manera que no interfiera con la celebración de actos científicos, para no privar a los miembros de la

Cámara de la oportunidad de poder asistir a éstos.

En otra sección de esta edición publicamos una relación no oficial de los distintos actos científicos y sociales a celebrarse durante los días 12, 13, 14 y 15 del próximo mes de diciembre por la Asociación Médica de Puerto Rico, testigo elocuente de la labor realizada por los compañeros que han tenido a su cargo la organización del programa.

Sólo resta que, para satisfacción de esos compañeros que se han esforzado por presentar un acto digno de nuestra Asociación, para estímulo de los colegas que habrán de darnos a conocer sus experiencias y el producto de sus investigaciones, y para que los eminentes compañeros que habrán de visitarnos durante los días de la Asamblea tengan la oportunidad de apreciar un acto de verdadera camaradería médica, la clase médica responda como siempre lo ha hecho, asistiendo en su gran mayoría a los actos organizados, y ésto es algo que podemos dar por seguro, ya que los miembros de la profesión médica puertorriqueña no desperdician la oportunidad que les brinda la asamblea de nuestra Asociación de ponerse al día en cuanto a los últimos adelantos científicos.

NUESTRA REPRESENTACION MEDICA EN LA PROXIMA ASAMBLEA LEGISLATIVA

Pasado el fragor de la lucha electoral y al hacer un balance de las personas que han conquistado escaños en la Legislatura Insular, nos encontramos con el halagador resultado de que la clase médica ha aumentado su representación en el seno de las Cámaras Legislativas.

Un total de 6 compañeros han ganado, mediante el voto popular, derecho a representar a nuestro pueblo en la Décima Cuarta Asamblea Legislativa de Puerto Rico. Entre los compañeros que han merecido tal prueba de confianza, los hay veteranos en las luchas legislativas, y hay otros que irán por primera vez a la Legislatura; pero unos y otros, unidos bajo un sólo estandarte: el del pueblo, podrán hacer mucho en beneficio de la salud del pueblo puertorriqueño.

Al felicitar desde esta columna a los compañeros que salieron electos en las justas electorales, queremos también felicitar al electorado que les eligió, porque estamos seguros que esos médicos nunca traicionarán la confianza en ellos depositada y por encima de todo pondrán los derechos y el bienestar del pueblo puertorriqueño.

INTER-AMERICAN INSTITUTE FOR HOSPITAL ADMINISTRATORS

From the 1st to the 14th of the coming month of December will be held in this city the Inter-American Institute for Hospital Administrators sponsored by the American College of Hospital Administrators and the American Hospital Association, in cooperation with the University of Puerto Rico, the Department of Health of Puerto Rico, the Puerto Rico Medical Association, the School of Tropical Medicine, the Territorial Charities Board and the Puerto Rico Hospital Council.

The celebration of this Institute in our Island is of great significance, not only to the medical profession and to those associated with hospitals, but to Puerto Rico as a whole.

It cannot be denied that hospital service in our island is now being oriented through better channels. Yet our indigent people are in great need of better hospitalization

facilities. Under the hospitalization programme established by the Legislature, the Department of Health is carrying on the construction of seven district hospitals, each one for 300 insolvent sick. The first of these hospitals, at Bayamón, has been functioning for about a year, and the second one, at Fajardo, was opened a few months ago. Two others will be in operation within a short period. These district hospitals, managed on strictly scientific basis by our Department of Health, will contribute a great deal to solve our hospitalization problem; but we must not neglect our municipal hospitals as well as other insular and private institutions for the care of the sick already functioning through all the island. We must endeavor for the betterment of these hospitals and clinics and one of the best means of reaching our goal is by having on their staffs well-trained people who really know about hospital administration.

This Institute for hospital administrators offers an unique opportunity to physicians and to other persons already engaged in the hospital work, to improve or refresh their knowledge on matters pertaining to

the hospital field.

The tentative program published elsewhere in this issue will give our readers an idea of the various aspects of hospital service which will be discussed by the speakers participating in the Institute.

Among the prominent visitors who will take part in this Institute we may mention Dr. Malcolm T. MacEachern, Associate Director of the American College of Surgeons, Dr. Arthur C. Bachmeyer, President of the American College of Hospital Administrators, Dr. Donald S. Smelzer, Member of the Board of Trustees of the American Hospital Association, Mr. James A. Hamilton, Past President of the American College of Hospital Administrators, and others, all of them distinguished authorities in hospital work.

Our Association through its Bulletin wishes to extend a most cordial welcome to all those who will visit our island during these days, and expresses its confidence that the physicians, as well as the men and women already working in the field of hospital administration will make good use of this magnificent opportunity.

Exhortación del Presidente en la Campaña de Sellos de Navidad

COOPERAD HACIA EL BIENESTAR Y LA SALUD DE VUESTRO PUEBLO

“La medicina nació del sentimiento innato en el hombre por servir a sus semejantes; de su deseo de ayudar a aquellos que padecen sufrimientos, tribulaciones o enfermedades.”

De idéntico modo nuestro instinto de conservación, nuestro anhelo por aminorar los padecimientos de los seres queridos, el sentimiento maternal en la mujer y el temor por la seguridad y la vida de familiares y allegados, dieron origen a la medicina preventiva.

La Asociación General Antituberculosa de Puerto Rico y todas sus afiliadas en la isla han iniciado la campaña de venta de Sellos de Navidad con el laudable propósito de recaudar fondos para realizar la ampliación, ya comenzada, del Sanatorio para Niños que posee en Guaynabo la Sociedad para Evitar la Tuberculosis en los Niños y aten-

der todas aquellas actividades que tienen por objeto combatir la Plaga Blanca, brindándonos así una magnífica oportunidad para poner de relieve los sentimientos altruistas que anidan en nuestros pechos.

Por su naturaleza médica, preventiva y humanitaria, esta campaña cuenta con todas las simpatías y el endoso más absoluto de la Clase Médica Puertorriqueña.

Como Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, como médico y como ciudadano amante del bienestar de mi patria, exhorto a todos los que aquí convivimos a contribuir generosamente al mayor éxito de tan patriótica obra.

DR. O. COSTA MANDRY

Presidente, Asoc. Médica de Puerto Rico

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes:

El día 9 del cursante mes celebró su reunión ordinaria mensual la Junta Directiva de la Asociación, conjuntamente con el Consejo y miembros del Comité Científico, habiendo concurrido los siguientes compañeros:

Dr. O. Costa Mandry
Dr. David E. Garcéa
Dr. F. Alfaro Díaz
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. R. Ruiz Nazario
Dr. Ricardo F. Fernández

En esta reunión se procedió, en primer término, a asignar los trabajos recibidos para la asamblea anual a las distintas secciones en que se ha dividido la parte científica, y a discutir los distintos aspectos del programa en general.

Se acordó invitar a las esposas de los médicos para el banquete anual, y se procedió a nombrar un Comité Auxiliar de Damas para que coopere en la organización de los distintos actos sociales que han de llevarse a cabo durante la asamblea, y cuyo comité quedó constituido en la forma siguiente:

Dra. Dolores M. Piñero
Sra. Dr. J. H. Font
Sra. Dr. E. Martínez Rivera
Sra. Dr. M. Pavía Fernández
Sra. Dr. E. Garrido Morales
Sra. Dr. A. Oliveras Guerra
Sra. Dr. Miguel A. Mariani
Sra. Dr. William R. Gelpí
Dra. María T. Mora de Nochera
Sra. Dr. Eduardo R. Pérez
Dra. Carmen Troche de Mejía
Sra. Dr. Néstor de Cardona
Sra. Dr. Manuel A. Astor

El presidente dió cuenta de los cambios que el Departamento de Sanidad se propone hacer en los certificados de muerte, nacimiento y natimuerto, y los cuales merecieron la aprobación de todos los miembros presentes.

A esta reunión compareció un señor de Santurce, quien aportó prueba en relación con el caso de ejercicio ilegal de la profesión que tiene bajo estudio uno de los fiscales de distrito, y cuya prueba se acordó pasar al susodicho funcionario para su consideración.

En la noche del 16 de los cursantes, y con el objeto de discutir algunos detalles del programa de la próxima asamblea anual, reuniéronse en el edificio de la Asociación las siguientes personas:

Dr. O. Costa Mandry
Dr. David E. Garcéa
Dr. C. Muñoz MacCormick
Dr. R. Mejía Ruiz
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Jeramfel Cordero
Dr. Severo Torruellas
Dra. Dolores M. Piñero
Dra. Carmen Troche de Mejía
Dr. Manuel A. Astor
Sra. Dr. E. Martínez Rivera
Sra. Dr. J. H. Font
Sra. Dr. A. Oliveras Guerra
Sra. Dr. Miguel A. Mariani
Sra. Dr. Manuel A. Astor

En esta reunión se discutió ampliamente sobre la organización de todos los actos sociales de la próxima asamblea hasta la fecha organizados y se autorizó al Comité Auxiliar de Damas, que preside la Dra. Dolores M. Piñero para organizar cualquier otro acto que dicho comité crea oportuno

celebrar para festejar a las esposas de los médicos durante los días de la asamblea.

Ilustre visitante:

Correspondiendo a una invitación que le hiciera la Sociedad Puertorriqueña de Tisiólogos, que preside el estimado amigo, Dr. Jacobo Simonet, visitó nuestra isla durante los días 15, 16, 17 y 18 del cursante mes, el ilustre hombre de ciencia americano, Dr. Eugene L. Opie, Profesor de Patología en el Colegio de Medicina de la Universidad de Cornell, y médico que goza de gran prestigio en el continente.

El Dr. Opie dictó ante la clase médica puertorriqueña, y bajo los auspicios de la Sociedad Puertorriqueña de Tisiólogos y la Asociación Médica del Distrito de San Juan, las dos interesantes conferencias que a continuación se expresan:

Sábado, día 16, a las 8:30 P. M.

"Frequency and spread of Tuberculosis"

Domingo, día 17, a las 11:00 A. M.

"Infection and reinfection with Tuberculosis"

Durante su corta estadía en nuestra isla el Dr. Opie fué objeto de muy merecidos homenajes por parte de las distintas asociaciones relacionadas con la tuberculosis, y muy especialmente por la Sociedad Puertorriqueña de Tisiólogos, que celebró un banquete en su honor en el Hotel Condado, la noche del domingo 18, y en cuyo acto se otorgó al ilustre visitante la medalla de oro con que dicha Sociedad premia a los médicos que en una u otra forma se han distinguido en la lucha contra la plaga blanca.

Dra. Marta Robert de Romeu:

El lunes 4 del cursante mes regresó a nuestra isla, después de una ausencia de

más de un mes, durante la cual realizó distintas gestiones en el Continente, relacionadas con el Negociado de Salud Maternal del Departamento Insular de Sanidad, nuestra estimada amiga, la Dra. Marta Robert de Romeu.

Reciba la querida compañera nuestro cordial saludo.

Dr. Ricardo F. Fernández:

Recientemente regresó de su viaje de estudios el estimado amigo y compañero, Dr. Ricardo F. Fernández.

Incausable en su propósito de alcanzar todos los laureles a que es acreedor el médico estudioso y amante de su profesión, el joven amigo ha recibido recientemente su credencial de miembro del Colegio Americano de Cirujanos.

Al dar nuestra bienvenida al querido compañero, le extendemos nuestra cordial felicitación por este nuevo galardón.

Dr. J. H. Font:

El lunes 11 regresó a nuestra capital después de una ausencia de más de 2 meses, durante la cual realizó estudios avanzados en su especialidad, el estimado compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Reciba el amigo Font nuestro cordial saludo.

Dr. Jaime Vilá Morales:

También regresó recientemente a nuestra isla, tras un viaje de placer y estudios, el estimado colega de esta capital, Dr. Jaime Vilá Morales.

Un cordial saludo para el estimado amigo.

Dr. A. Ortiz Romeu:

En fecha reciente ha hecho su reingreso a nuestra Asociación el querido amigo

cuyo nombre encabeza estas líneas.

Nos alegra la actitud del amigo, y aprovechamos la oportunidad para exhortar a todos los compañeros que aún permanecen alejados de nuestra casa, a que vengan al seno de la Asociación y nos brinden su apoyo en nuestra lucha por lograr el mejoramiento científico y económico de la clase médica puertorriqueña.

*Boletín de la Liga Puertorriqueña
contra el Cáncer:*

En días recientes se publicó el primer número de una revista que, por su carácter científico y por ser el órgano de una institución de índole médica, tiene mucho en común con la nuestra: el Boletín de la Liga Puertorriqueña contra el Cáncer, y que como su nombre indica, se publica bajo los auspicios de la organización que prestigiosamente preside nuestro distinguido compañero el Dr. Isaac González Martínez.

Al dar cuenta en esta breve nota de la aparición de esta nueva revista de divulgación científico-educativa, aprovechamos la oportunidad para desear a sus editores el mayor de los éxitos en su publicación.

Dr. José N. Gándara:

El jueves 14 del mes en curso embarcó hacia los Estados Unidos a disfrutar de unas cortas vacaciones, el estimado amigo, Dr. José N. Gándara, de la ciudad de Ponce.

Que disfrute a plenitud de sus vacaciones deseamos al joven amigo.

Dr. Luis M. Morales:

El miércoles 13 del presente mes regresó de los Estados Unidos, el querido amigo Dr. Luis M. Morales, Presidente de la Asociación Médica del Distrito de San Juan,

después de haber asistido a la operación de uno de sus hermanos, la cual se llevó a efecto con muy buenos resultados.

Sean estas líneas portadoras de nuestro cordial saludo.

Dr. Ramón J. Sifre:

Después de un rápido viaje al continente con el propósito de estar presente durante la operación a que fuera sometido su hijo Ramón, quien cursa estudios en la Universidad de Georgetown, en Washington, regresó a nuestra isla por la vía aérea, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Nos alegra saber que la intervención quirúrgica a que fué sometido el hijo del querido amigo resultó un éxito, y extendemos al colega nuestro cordial saludo.

*Ampliación del Sanatorio de Niños
de Guaynabo:*

El sábado 16 del cursante mes, a las 4:00 de la tarde, se llevó a efecto el acto de colocar la primera piedra de las obras de ampliación que se realizarán en el Sanatorio para niños que posee en la carretera que conduce a Guaynabo la Sociedad para Evitar la Tuberculosis en los Niños, que preside nuestro estimado Editor, el Dr. E. Martínez Rivera.

A dicho acto concurrieron, además de los directores de la institución, distinguidas representaciones del gobierno y de instituciones cívicas y sociales del país, entre las que recordamos al Hon. Gobernador de Pto. Rico, Almirante William D. Leahy, y a su distinguida esposa, la Sra. Louise Harrington de Leahy, quienes tuvieron a su cargo el acto de colocar la primera piedra, al Hon. Com. de Sanidad, Dr. Eduardo Garrido Morales y doña Emma M. de Garrido, al Presidente de la Asociación Médica de

Puerto Rico, Dr. Oscar Costa Mandry, al Presidente de la Asociación General Anti-tuberculosa, Dr. Jacobo Simonet, al Dr. Jacobo Simonet, al Dr. Eugene L. Opie, Profesor de Patología de la Universidad de Cornell, al Dr. Rupert Emerson, Director de la División de Territorios y Posesiones del Departamento del Interior de los Estados Unidos, al Hon. George A. Malcolm, Procurador General de Puerto Rico y su señora esposa y muchas otras cuyos nombres lamentamos no recordar.

Con la ampliación del Sanatorio se aumentará considerablemente el número de niños que actualmente recibe tratamiento en dicha institución, dándose así un paso más en la lucha por exterminar la plaga blanca en nuestro pueblo.

Vaya nuestra cálida felicitación para los directores de la Sociedad para Evitar la Tuberculosis en los Niños, por la magnífica obra que realizan en bien de nuestros niños y de nuestra sociedad en general.

LA PLATAFORMA DE LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA

La Asociación Médica Americana aboga por:

1. *El establecimiento de una agencia del gobierno federal que tenga a su cargo la coordinación y administración de todas las funciones médicas y de salud del gobierno federal, excluyendo las del Regimiento y la Armada.*

2. *La asignación de fondos por el Congreso para cualquier estado que necesite de ellos, para la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la atención de los enfermos que comprueben necesitarlos.*

3. *El principio de que la administración de la salud pública y la provisión de servicios médicos para los enfermos es principalmente una responsabilidad local.*

4. *El desarrollo de un mecanismo para afrontar las necesidades de ampliación de los servicios médicos preventivos, con determinación de las necesidades locales y control local de la administración.*

5. *La expansión de atención médica para los indigentes y los necesitados de atención médica, con determinación de las necesidades locales y control local de la administración.*

6. *En la expansión de los servicios médicos para el pueblo en general el uso de todas las facilidades médicas y hospitalarias ya establecidas y calificadas para servir a la comunidad.*

7. *Un continuo desarrollo de la práctica privada de la medicina, sujeto a tales cambios como puedan ser necesarios para mantener la calidad de los servicios médicos y para hacerlos más accesibles.*

8. *Expansión de los servicios médicos y de salud pública en compatibilidad con el sistema democrático americano.*

PROGRAMA CIENTIFICO DE LA ASAMBLEA ANUAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO, QUE TENDRA LUGAR DURANTE LOS DIAS 12, 13, 14 Y 15 DE DICIEMBRE PROXIMO

Nos complacemos en publicar a continuación una relación de los trabajos científicos que se llevarán a efecto durante los días 12, 13, 14 y 15 del próximo mes de diciembre como parte de la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Esta es una relación no oficial de los trabajos a ser presentados, y por lo tanto está sujeta a cambios en el programa oficial que circulará en los primeros días de diciembre.

Además de los compañeros de la isla, habrán de tomar parte en las sesiones científicas de nuestra asamblea, distinguidos colegas del extranjero, entre los cuales podemos mencionar al Dr. Warren F. Draper, Ayudante del Cirujano General Dr. Thomas Parran, al Dr. Malcolm T. MacEachern, al Dr. Louis F. Bishop, al Dr. Arthur C. Bachmeyer y al Dr. José M. Quintero Fossas, todos ellos profesionales de grandes méritos en sus respectivas especialidades.

CLINICAS

Las clínicas este año tendrán lugar durante el jueves y el viernes, habiéndose de llevar a efecto en los Hospitales de la Capital, el Hospital de la Universidad, el Hospital Presbiteriano y el Hospital San José.

TRABAJOS CIENTIFICOS

La lectura de los trabajos científicos se llevará a efecto en distintas secciones, y se registrará más o menos por el siguiente orden:

Sección de Tuberculosis:

Cómo determinar la actividad de una lesión pulmonar tuberculosa, por el Dr. Jacobo Simonet.

Pneumotórax en pacientes de edad media, por el Dr. J. F. Pou Valldejuli.

El futuro del enfermo tuberculoso detectado, por el Dr. L. Gaetán Roberts.

"Collapse Therapy as a Public Health Measure in Tuberculosis", por los doctores E. Garrido Morales y J. Rodríguez Pastor

Mesa redonda sobre el Control de la Tuberculosis en Puerto Rico, presidida por el Dr. E. Garrido Morales.

Sección de Urología:

La espermatocefalitis como foco de origen en las infecciones recurrentes genitourinarias, por el Dr. Jesús M. Rivera Otero

"Prostatic Surgery at Bayamón Charity District Hospital", por el Dr. Pablo G. Curbelo.

Dolor Renal, por el Dr. José C. Ferrer.

La fisiopatología del hidro-pielo-ureter
Presentación de casos y estudios radiográficos, por el Dr. E. García Cabrera.

Sección de Medicina:

Presentación y discusión de un caso de escorbuto, por el Dr. M. Pujadas Díaz.

Un nuevo tratamiento para la furunculosis infantil, por los doctores L. A. Balasquide y J. R. González Flores.

Mal del Pinto en Puerto Rico, por los doctores Arturo L. Carrión, R. Ruiz Nazarío y F. Hernández Morales.

Bronquiectasia, por los doctores J. Rodríguez Pastor y José Landrón.

“*Weil's Disease in Puerto Rico*”, por los doctores Ramón M. Suárez y Enrique Koppisch.

Sección de Salud Pública:

Framboesia Tropical - Informe de un caso, por el Dr. Victor Gutiérrez Ortiz.

“*Preliminary Report on a Study of Leprosy in Puerto Rico*”, por los doctores E. Martínez Rivera, James A. Doull, George Saunders y Ricardo Guinto.

“*The Social Security Act and the Merit System*”, por el Dr. José Chaves.

“*Are we Public Health-Conscious?*”, por el Dr. Guillermo Arbona.

“*Public Health Service Activities in Puerto Rico and the Virgin Islands in Relation to Preparedness*”, por el Dr. T. D. Griffiths.

El trabajo médico-social dentro del programa de salud pública, por la Sra. Cándida Campos de Córdova.

Sección de Cirugía:

Atelactasia pulmonar post-operatoria (Exhibición de una película) por el Dr. José Picó.

“*Acute Traumatic Perforations of the Intestinal Tract*”, por el Dr. Fernando Asencio Camacho.

Lesiones traumáticas e infecciones externas de los ojos, tratadas en el Hospital de Distrito de Bayamón en su primer año de funcionamiento, por el Dr. Agustín R. Laugier.

Tratamiento del cáncer ulcerino, por el Dr. R. López Nussa.

La lucha contra el cáncer - Extensión,

volumen y resultado práctico del trabajo realizado durante el primer año por la clínica de emergencia de la Liga Puertorriqueña contra el cáncer, por el Dr. I. González Martínez.

Presentación de un caso de inversión aguda del útero, ilustrado por película, por el Dr. Marcos A. Godínez.

Operador y Cirujano - Proceso de la cirugía durante el último tercio del siglo XIX - La mano factor supremo en cirugía - Nuestros cirujanos malogrados durante los últimos 40 años, por el Dr. M. Quevedo Báez.

Sección de Administración de Hospitales:

“*External Organization of the District Hospitals*”, por el Dr. Ramón H. Señeriz.

“*Progress of Hospital Administration in Puerto Rico*”, por el Sr. Félix Lamela.

“*Hospital Administration as a Career and the Various Methods of Securing Training*”, por el Sr. James A. Hamilton.

“*The Relations between Hospital Administrators and Members of the Professional Staff of the Hospital*”, por el Dr. A. C. Bachmeyer.

“*Trends in Hospital Administration of Interest to the Physician*”, por el Dr. Malcolm T. MacEachern.

Sesión Plenaria:

Poliartritis alveolo-dentaria crónica y su tratamiento, por el Dr. Esteban A. de Goenaga.

El hombre blanco en el Trópico, por el Sr. Rafael Picó.

Microorganismos del aire en la génesis de las alergias respiratorias, por el Dr. J. M. Quintero Fossas.

“*Coronary Disease - Its Diagnosis and Treatment*”, por el Dr. Louis F. Bishop.

“*Trends in Specialization in Medicine*”, por el Dr. Malcolm T. MacEachern.

PROGRAMA PARCIAL DEL INSTITUTO INTER-AMERICANO PARA ADMINISTRADORES DE HOSPITALES, QUE TENDRA LUGAR EN SAN JUAN, DEL 1ro. AL 14 DEL PROXIMO MES DE DICIEMBRE

Nos complacemos en publicar a continuación una síntesis del programa del *Instituto Inter-Americano para Administradores de Hospitales*, que bajo los auspicios del Colegio Americano de Administradores de Hospitales y la Asociación Americana de Hospitales y en cooperación con la Universidad de Puerto Rico, el Departamento de Sanidad, la Asociación Médica de Puerto Rico, la Escuela de Medicina Tropical, la Junta Territorial de Beneficencia y la Asociación de Hospitales de Puerto Rico, se llevará a efecto en esta capital del 1ro. al 14 del próximo mes de diciembre:

"Medical Care to the Underprivileged in Puerto Rico", por el Dr. E. Garrido Morales, Comisionado de Sanidad de Puerto Rico.

"Medical Staff Organization", por el Dr. Malcolm T. MacEachern, Director Asociado del Colegio Americano de Cirujanos.

"Organization and Management of a Maternity Hospital" por el Dr. Leopoldo Figueroa, Presidente de la Junta Territorial de Beneficencia.

"Non Profit Hospital Service Plans", por el Dr. Donald C. Smelzer, miembro de la Junta Directiva de la Asociación Americana de Hospitales.

"Principles of Business Management with Reference to Hospital Administration", por el Sr. Julio B. Ortiz, Decano del Colegio de Administración Comercial de la Universidad de Puerto Rico.

"Nursing Service and Education", por el Dr. Arthur C. Bachmeyer, Presidente del Colegio Americano de Administradores de Hospitales.

"Surgical Department and Related Services", por el Dr. Malcolm T. MacEachern.

"Personnel Relationships and Problems", por el Sr. James A. Hamilton, ex-presidente del Colegio Americano de Administradores de Hospitales.

"Organization and Management of the Dietary Department", por el Sr. Félix Lamela, Administrador del Hospital de la Universidad.

"Hospital Contributions to Professional Education", por el Dr. Arthur C. Bachmeyer.

"Medical Records", por el Dr. Malcolm T. MacEachern.

"Medico-Legal Problems", por el Dr. Donald C. Smelzer.

"Administration of Tuberculosis Hospitals and Sanatoria", por el Dr. J. Rodríguez Pastor, Jefe del Negociado de Tuberculosis del Departamento de Sanidad.

"Physical Plant and Maintenance, Including Ambulance Service", por el Dr. Ramón Señeriz, Director del Hospital de Distrito de Bayamón.

"Accounting", por el Sr. James A. Hamilton.

"General Organization and Management of the Hospital", por el Sr. James A. Hamilton.

"Hospital Councils, Organization and Associations", por el Dr. Donald C. Smelzer.

Los anteriores temas y muchos otros serán expuestos durante la celebración del Instituto, y además se celebrarán conferencias de mesa redonda todas las noches de 8:00 a 10:30, con el objeto de discutir los problemas individuales con que se confronten en su labor diaria las personas que asistan al Instituto.

PROGRAMME OF LECTURES, CLINICS AND CLINICO - PATHOLOGICAL CONFERENCES TO BE HELD AT THE SCHOOL OF TROPICAL MEDICINE DURING THE YEAR 1940 - 1941.

DECEMBER, 1940.

Thurs. 5 LECTURE: Hospital contributions to professional education. Dr. Arthur C. Bachmeyer, University of Chicago.

Thurs. 12 LECTURE: The management of the bleeding gastric ulcer. Dr. Basilio Dávila.

Thurs. 19 LECTURE: Enzymatic anthelmintics of vegetable origin. Dr. Conrado F. Asenjo.

JANUARY, 1941.

Thurs. 9 LECTURE: A study of hemolytic streptococci as found in Puerto Rico. Dr. Américo Pomales Lebrón.

Thurs. 16 LECTURE: Feet deformities and their correction. Major Lester M. Dyke, U. S. A.

The problem of pulmonary tuberculosis in Puerto Rico in the event of mobilization. Lieut. J. R. Vivas, U. S. A.

Thurs. 23 LECTURE: Title to be announced later. Dr. T. H. D. Griffiths, U. S. Public Health Service.

Thurs. 30 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE.

FEBRUARY, 1941.

Thurs. 6 LECTURE: The function of the District Hospitals in relation to community needs. Dr. R. H. Señeriz.

Thurs. 13 LECTURE: The pathology of *Schistosomiasis mansoni* in Puerto Rico. Dr. Enrique Koppisch.

Thurs. 20 CLINIC: Staff of the Presbyterian Hospital.

Thurs. 27 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE.

MARCH, 1941.

Thurs. 6 LECTURE: Title to be announced later. Dr. Ralph M. Mugrage.

Thurs. 13 LECTURE: Training for public health work in tropical and sub-tropical regions. Dr. A. V. Hardy.

Thurs. 20 CLINIC: Staff of the University Hospital.

Thurs. 27 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE.

APRIL, 1941.

Thurs. 3 LECTURE: The venereal problem in Puerto Rico in the light of newer chemotherapeutic agents. Dr. E. García Cabrera.

Thurs. 10 LECTURE: Title to be announced later. Commander J. G. Dickson, U. S. N.

Thurs. 17 CLINIC: Staff of the Mimiya Hospital.

Thurs. 24 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE.

MAY, 1941.

Thurs. 1 LECTURE: Thyroid surgery in Puerto Rico. Dr. J. Noya Benítez.

Thursday 8 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE.

Thurs. 15 LECTURE: Bacillary dysentery. Dr. James Watt, U. S. Public Health Service.

Thurs. 22 CLINIC: Staff of the San José Hospital.

Thurs. 29 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE.

NOTE: Announcements for the above lectures, as well as for additional lectures to be held during the year, will be mailed weekly to all interested members of the medical profession and laymen.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

CIRUJAN GENERAL

Curso combinado que comprende: cirugía general, e. traumática, e. abdominal, gastroenterológica, ginecológica y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen pre-operatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología, bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción continua en diagnóstico cisto-endoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que son de particular interés al médico en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

Cursos completos y Clínica de las enfermedades de:

**OJOS - OIDOS
NARIZ
GARGANTA**

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

**Medical Executive Officer: 345 West 50th Street
NEW YORK CITY**

INSIGNIAS DE MEDICO

Insignias de médico para su automóvil puede Ud. obtenerlas en el edificio de la Asociación, al precio de \$2.50 cada una.

Haga su orden ahora.



LUMBAGO — REUMATISMO MUSCULAR — OSTEOARTRITIS
 ARTRITIS REUMATOIDEA — FIBROSITIS — PLEURODINIA

El calor húmedo prolongado se aplica mejor por medio de la Antiphlogistine, que mantiene un calor por muchas horas, sin restar vitalidad a los tejidos. Ayuda a mejorar la circulación a través de las partes afectadas, favoreciendo la dispersión de los depósitos inflamatorios y reduciendo el dolor.

Antiphlogistine

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NUEVA YORK, E.U.A.
 Francisco Garratón, S. en C. — P. O. Box 1541, San Juan.

Council Accepted

DIGILANID

Brand of Lanatosides A + B + C

The Crystalline Cardioactive
Glycosides of
DIGITALIS LANATA



TABLETS

LIQUID

AMPULES

SUPPOSITORIES

COLE'S

POSTA-COLE

EN LAS AFECCIONES GENITO-URINARIAS

Posta-Cole ha probado ser de gran utilidad en el tratamiento de varias condiciones genito-urinarias, particularmente las asociadas con dolor y micción frecuente. Cada tableta contiene $\frac{1}{2}$ gr. de extracto de Hiosciammo; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto Triticum; $\frac{1}{2}$ gr. de extracto de equinácea; $\frac{1}{2}$ gr. de sulfato de cromo; y $\frac{1}{4}$ gr. de arbutina. Posta-Cole ejerce una acción diurética, narcótica y antiséptica sobre el tracto urinario. El Hiosciammo contenido es un sedativo y antiespasmódico efectivo en el sistema urinario, evitando el espasmo de la vesícula y del cuello de la vejiga. Como resultado de esto, el malestar producido por los síntomas de urgencia, frecuencia y disuria es aliviado o evitado por completo.

Posta-Cole puede usarse favorablemente en el tratamiento de la gonorrea — en su estado crónico y sub-agudo — en la prostatitis y cistitis, también es de valor en las uretritis no específicas, así como también en la hipertrofia prostática.

COLE CHEMICAL CO.

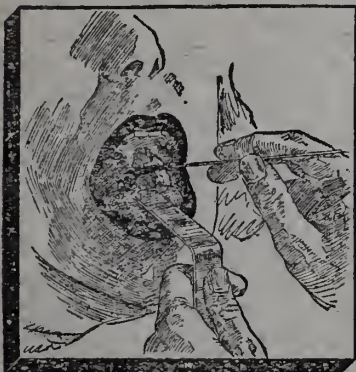
ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donnell Núm. 12 — Apartado 1018 — San Juan, P. R.

Calme la Garganta Irritada con el **ARGYROL** bacteriostático



B—La solución de ARGYROL al 20% es calmante y bacteriostática—puede llevarse hasta la nasofaringe o hasta la amígdala lingual y la faringe inferior, mediante un aplicador curvado.

A—Después se untan las fauces perfectamente, y algunos prefieren distender los folículos tonsilares siempre que el estado de la garganta lo tolere.



EL malestar ocasionado por una faringitis aguda puede ser en efecto incapacitante. Muchos pacientes se quejan de que al tragar sienten como si tuvieran “pedazos de vidrio en la garganta”. Pero sin que importe si el ataque es leve o intenso, una aplicación completa con ARGYROL ayuda a calmar la inflamación y a reducir la congestión, calma el dolor, y facilita tragar. En resumen, ejerce una acción doble, puesto que alivia la sintomatología subjetiva, y a la vez contrarresta la infección y acelera el recobramiento.

ARGYROL, la proteína de plata

suave original, difiere de otras proteínas de plata suaves en sus propiedades fisicoquímicas. En ARGYROL, la dispersión coloidal es más fina, y el movimiento browniano más activo. Y estas diferencias fundamentales seguramente contribuyen mucho a la fama de eficacia clínica sin igual establecida por ARGYROL. Además, el nuevo envase de ARGYROL garantiza frescura y protección absoluta contra la humedad, la luz y otros elementos contaminantes. Insista usted en el “ENVASE ORIGINAL ARGYROL” siempre que ordene o prescriba.



ASEGURSE DE LOS RESULTADOS—ESPECIFIQUE EL ORIGINAL ENVASE ARGYROL

A. C. BARNES COMPANY, NEW BRUNSWICK, N. J., U. S. A.

Desde hace 39 años fabricantes exclusivos de ARGYROL y OVOFERRIN

“ARGYROL” es una marca de fábrica registrada, propiedad de la A. C. Barnes Company



LEXTRON

(Concentrado hepático gástrico con Hierro
Férrico y Complejo de Vitamina B, Lilly)

● El 'Lextrón' proporciona materiales hematopoyéticos potentes que son altamente efectivos en los tipos de anemia comúnmente hallados en la práctica. Asimismo, el 'Lextrón' puede ser provechoso en otros estados clínicos caracterizados por anorexia, gran susceptibilidad a la fatiga, o desnutrición. Presentado en envases de 84 y de 500 púlvules.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

NO XXXII

DICIEMBRE, 1940.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

LIBRARY NUMERO 12.

FEB 13 1941

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA

DE

PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

BREVES APUNTES HISTORICOS ACERCA DEL CEREAL DE MEAD Y EL PÁBLUM

MANTENIÉNDOSE a la altura de los adelantos de la pediatría, la introducción del Cereal de Mead en 1930 señaló un nuevo concepto de la misión de los cereales en la alimentación infantil, pues en los 150 años anteriores a esa fecha, desde los días de la "papilla" y la "panada," no había habido mayor avance en la calidad nutritiva de los cereales destinados a alimentar a las criaturas, suministrándose principalmente por virtud de su contenido hidrocarbonado.

La fórmula del Cereal de Mead tenía por fin complementar la alimentación del lactante en sales minerales y vitaminas, y en particular hierro y B₁. Por dos ejemplos puede apreciarse lo bien que ha desempeñado esos propósitos:

(1) Basta con 5 gramos del Cereal de Mead para suministrar más de la mitad del hierro y más de la quinta parte de la vitamina B₁ que constituyen los requisitos mínimos de la criatura de 3 meses criada con biberón. (2) Quince gramos del Cereal de Mead suministran todo el hierro y dos terceras partes de la vitamina B₁ que representan los requisitos mínimos de la criatura de 6 meses criada al pecho.

• Puede verse un signo de que la profesión médica reconoce la importancia de este aporte en el hecho de que el cereal ya forma parte de la alimen-

tación infantil desde el tercero o cuarto mes en vez del sexto al duodécimo como solía hacerse aún hace uno o dos decenios.

En 1933 la Casa de Mead Johnson y Cía. fué aún más allá, mejorando la mezcla Cereal de Mead mediante un procedimiento especial de cocción que permitía que el lactante la tolerara sin dificultad y a la vez eliminaba la necesidad de una cocción prolongada en la casa. El resultado ha sido Páblum, producto original que posee todas las virtudes nutritivas del Cereal de Mead y además ofrece la conveniencia de una completa cocción científica.

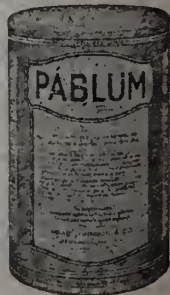
Durante los últimos diez años, dichos productos han sido utilizados en muchas investigaciones clínicas de varias fases de la nutrición, que han sido descritas en la literatura profesional.

En reconocimiento del espíritu progresista de la Casa Mead Johnson, muchos médicos especifican el PÁBLUM al recetar cereal para niños.

Páblum es una agradable mezcla alimenticia de cereales, enriquecida con vitaminas y minerales, y compuesta de harina (fécula de trigo), avena, harina de maíz, embrión de trigo, hueso de bovino, levadura de cerveza, hoja de alfalfa, cloruro de sodio y hierro reducido.

Al igual que todos los Productos Mead, el Páblum no se anuncia al público.

MEAD JOHNSON & COMPANY, EVANSVILLE, INDIANA, E. U. A.
Apartado No. 3081, San Juan



SUMARIO

Página

La odontología en la medicina moderna, C. E. Muñoz MacCormick, M. D., Santurce, P. R.	437
Principios de administración comercial en su aplicación al manejo de hospitales, Julio B. Ortíz, M.B.A., Ph. D., Río Piedras, P. R.	443
Directorio Médico de Puerto Rico	461
Notas Necrológicas	483
Noticias Médico-Sociales	484
Índice Año 1940	486

Suscripción Anual Tres Dólares	Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.
-----------------------------------	---

AVISO A NUESTROS COLABORADORES Y SUSCRIPTORES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el Organó Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico y se publica el día último de cada mes.

Todo miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico tiene derecho a recibir un ejemplar del Boletín todos los meses.

Suscripciones: El precio de suscripción del BOLETIN es de \$3.00 al año. Las suscripciones deberán enviarse a la Asociación Médica de Puerto Rico, Apartado de Correos Núm. 3866, Santurce, P. R.

Manuscritos: Todo trabajo leído en las sesiones científicas de la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico o ante las asociaciones médicas de distrito es propiedad del BOLETIN, y deberá ser entregado al Editor para su publicación en el mismo.

EL BOLETIN invita a los socios de la Asociación Médica de Puerto Rico y a los miembros de la profesión médica en general, a enviar sus *trabajos originales* sobre cualquier materia de índole científica. No se aceptarán para su publicación artículos que hayan aparecido en otras revistas o periódicos.

Los manuscritos deberán enviarse al Editor-en-Jefe, Apartado 3866, Santurce, P. R., y deberán venir escritos en maquina a doble espacio. Si el artículo viniera acompañado por figuras, diagramas o tablas, el autor deberá indicar el sitio donde desea que éstas sean incluidas, y asimismo deberá anotar las descripciones que dichas figuras, diagramas o tablas deben llevar. El autor debe revisar cuidadosamente sus manuscritos antes de enviarlos al Editor.

Reimpresos: Cada autor tendrá derecho a 25 reimpresos de su artículo gratis. Cualquier número adicional de reimpresos será suplido al precio de costo. En ambos casos el autor deberá hacer su solicitud al hacer entrega del trabajo.

Anuncios: Para tarifa de anuncios puede dirigirse al BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO, Apartado 3866, Santurce, P. R.

Cambios de Residencia: Agradeceremos a los miembros de la Asociación y a los Suscriptores nos comuniquen a su debido tiempo de cualquier cambio de residencia.

Reproducción de Artículos: Queda terminantemente prohibida la reproducción total o parcial de los trabajos publicados en el BOLETIN, sin el consentimiento previo del Editor.

Cheplin's

SUBSTANCIA ESTROGENICA EN ACEITE

Para uso
Intramuscular



La substancia estrogénica contribuye a la producción y mantenimiento del libido, y produce cambios típicos en las características sexuales secundarias, tales como el aumento de las glándulas mamarias y del tamaño del útero. La *Substancia Estrogénica en Aceite de Cheplin* es una solución de una preparación purificada de las substancias estrogénicas procedentes de la orina de yeguas preñadas, conteniendo principalmente estrono y estradiol, en un aceite vegetal neutro.

SE SUMINISTRA EN	2,000	Unidades Internacionales	por	cc.
	5,000	"	"	"
	10,000	"	"	"
	20,000	"	"	"

Ampolletas de 1 cc., 10 cc. y 30 cc.

Este producto debe administrarse Exclusivamente bajo la dirección de un médico.

SOLICITE CATALOGO Y PRECIOS

Productos de
CHEPLIN BIOLOGICAL LABS.,
INC.
Syracuse, N. Y., E.U.A.

Cheplin's

QUALITY

PURITY

INTEGRITY

QUALITY

PURITY

INTEGRITY

PHARMACEUTICALS and BIOLOGICALS

*Distributed
by*

PELEGRINA & LLORENS

REPRESENTANTES DE FABRICAS

SALVADOR BRAU 70

SAN JUAN, P.R.

Evolucion

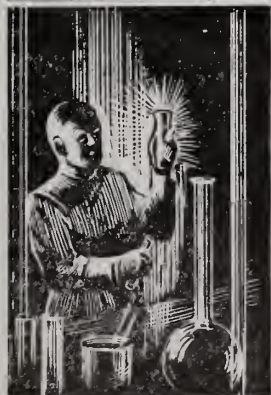


Por Siglos

La Cataplasma antigua se utilizó como el recurso universal contra diversas afecciones.

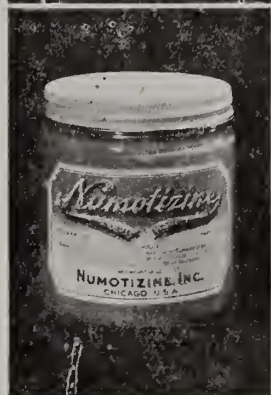
Ayer

Para mayor exactitud y facilidad de aplicación, se creó el emplasto de caolín.



Hoy

Con la adición de los fácilmente absorbibles ingredientes—guayacol, creosota y salicilato de metilo—ha surgido NUMOTIZINE, la “supercataplasma” que es descongestionante, antipirética y analgésica.



FÓRMULA

Guayacol U.S.P.....	2.6
Formalina.....	2.6
Creosota U.S.P.....	13.02
Sulfato de Quinina U.S.P.....	2.6
Salicilato de Metilo U.S.P.....	2.6

C. P. Glicerina y Silicato de Aluminio,
qs 1000 partes

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
CASTAGNET & CASTILLO CO.
TANCA NO. 1 — SAN JUAN, P. R.

OBSEQUIO DE LA FARMACIA BLANCO

Cooperando con la Clase Médica por Sesenta Años

Advertencias Útiles para la Salud

Consulte al médico tan pronto se sienta enfermo. Casi todas las enfermedades atendidas a tiempo son curables.

Un examen médico anual o cada seis meses incluyendo otro examen por el dentista pueden proteger grandemente la salud.

No debe hacer caso de anuncios de medicamentos por profusos e insistentes que ellos sean si esos medicamentos no son prescritos por un médico, ni tomar productos glandulares o vitaminas si no son asimismo prescritos.

No se diagnostique ni permita que profanos le diagnostiquen; el médico es el que sabe diagnosticar.

El farmacéutico no debe recetar. No es su misión, ni está preparado para ello.

No se pregunte al farmacéutico lo que contiene la medicina prescrita por el médico, ni para qué sirve, pues él no debe decirlo.

Interésese por el estado sanitario de la población donde viva, coopere con las medidas públicas para reducir la mortalidad. Al público le concierne directamente que los encargados de la salud y limpieza públicas insulares y municipales, cumplan bien su cometido. No se repare en un presupuesto alto para Sanidad Pública si está bien administrado.

Procúrese que el servicio de la casa o los empleados de los establecimientos con quienes estemos en íntimo contacto gocen de buena salud y estén bien alimentados. Este asunto es importante, pues, protegiéndolos a ellos está protegido todo el mundo. Patrocínense establecimientos que le ofrezcan garantía absoluta de higiene y limpieza, para comprar medicinas y alimentos.

Si alguien ha sufrido en la casa u oficina de tifoidea o difteria cerciórese antes de reincorporarlo al servicio que no sea *portador* de la dolencia.

Evítese el polvo al barrer. No se permita que escupan en el piso.

Evítense ruidos innecesarios porque quebrantan el sistema nervioso.

Una buena salud empieza a cultivarse en los individuos desde antes de nacer. Buena alimentación bien equilibrada no cuesta mucho dinero; no todo lo que se anuncia es el mejor alimento. El médico puede dar un buen plan dietético de acuerdo con las condiciones de cada cual.

Si le interesan estas advertencias procure las anteriores en cualquiera de nuestras farmacias, en San Juan o en Santurce.



ESTA FUNDICION . . . , IMPORTANTE PARA USTED

No hay prisma que pueda ser mejor que el vidrio del cual fué hecho. Bausch & Lomb controla las propiedades ópticas del vidrio que destina a fines comerciales mediante el mantenimiento de su propia fundición de vidrio óptico. Aquí se hace todo el vidrio usado por Bausch & Lomb inclusive ciertos tipos de vidrio que no pueden duplicarse en cualquier otra parte. En la ilustración aparece un crisol de vidrio, derretido a una temperatura de 2,600°F., en el momento de retirarse del horno.

Debido a la existencia de esta fundición de vidrio, Bausch & Lomb puede ofrecerle instrumentos de precisión consistentemente de la más alta calidad. Puede estar seguro de que el material óptico que ofrece Bausch & Lomb se ajusta bien a las necesidades de usted, fueren enal fueren. Catálogos de cualquier producto Bausch & Lomb a precios tradicionalmente equitativos, se enviarán a solicitud.

H. V. GROSCH CO. — COMERCIO 21, — SAN JUAN, PUERTO RICO

Bausch & Lomb

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorios; operatoria obstétrica (mani-qué).

En Ginecología: conferencias; exploración clínica; presencia de operaciones; examen pre-operatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstetricia y Ginecología.

PROCTOLOGIA, CASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

RADIOLOGIA

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnósticos de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así mismo con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (bronceografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiológicos.

FISIOTERAPIA

Lecciones didácticas y aplicaciones clínicas activas de todos los métodos actuales de fisioterapia en medicina interna, cirugía traumática y general, ginecología, urología, dermatología, neurología y pediatría. Demostraciones especiales de electrocirugía menor, electrodiagnóstico, piroterapia, hidroterapia (incluyendo terapia colónica) actinoterapia.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY

INSIGNIAS DE MEDICO

Insignias de médico para su automóvil puede Ud. obtenerlas en el edificio de la Asociación, al precio de \$2.50 cada una.

Haga su orden ahora.

*Sulfonamida sobresaliente
para las infecciones gonocócicas...*

SULFAPIRIDINA

LAS POTENCIALIDADES ORIGINALES de las sulfonamidas como agentes quimioterapéuticos estimularon la síntesis de muchos compuestos nuevos y subsecuentemente dieron lugar a extensos ensayos clínicos relativos a infecciones por cocos, en particular el gonococo.

Es hoy aparente que la Sulfapiridina tiene gran éxito en el tratamiento de la gonorrea. Su adaptabilidad a las tan diversas indicaciones de los casos agudos y crónicos y la facilidad con que arresta las complicaciones profundas la hacen muy eficaz en la terapia gonorreica.

La posología satisfactoria actual consiste en la administración de 3 gramos el primer día, seguida por 2 gramos diariamente por los próximos nueve a once días. Durante el curso indicado el paciente deberá ingerir amplias cantidades de flúidos.

Los pacientes que responden a la sulfapiridinoterapia satisfacen los criterios de la cura, tales como desaparición de las descargas, orina clara y eliminación de los gonococos en frotis o cultivos tras un período de tratamiento relativamente corto.

LEDERLE LABORATORIES CO., 76 Salvador Brau,
San Juan, Puerto Rico.



Chemotherapy of **GRANULOMA INGUINALE**

FOLLOWING the demonstration that bilharziasis (schistosomiasis) can be very effectively treated with Fuadin, it was shown that the drug is also of specific value in granuloma inguinale (granuloma venereum). According to a number of investigators Fuadin appears to be generally superior to antimony and potassium tartrate in this type of ulceration. Response to this treatment is often remarkably prompt. An important practical advantage is that Fuadin can be injected intramuscularly without producing pain.

HOW SUPPLIED: Fuadin is supplied in 6.3% solution in packages sufficient for one course. For *adults*: 10 ampules of 5 cc.; *children*: 10 ampules of 3.5 cc.

Leaflet describing the clinical use, dosage,
possible side effects, etc., sent upon request.



F U A D I N

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada



Brand of STIBOPHEN

(Sodium antimony^{III} biscatechol disulfonate of sodium)

TRIVALENT ANTIMONY COMPOUND

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXII

DICIEMBRE, 1940.

Número 12

LA ODONTOLOGIA EN LA MEDICINA MODERNA*

C. E. MUÑOZ MacCORMICK, M. D.

Santurce, P. R.

Es para mí un gran honor haber sido designado por la Asociación Médica de Puerto Rico, en mi carácter de presidente de su Comité Científico, para asistir en su representación a este bello acto hoy. Veo con hondo placer y gran satisfacción el acercamiento cada día más estrecho entre vuestra clase y la nuestra. Debemos seguir unidos, mutuamente compenetrados de nuestros problemas y esforzarnos por vincular en estrecho lazo de amistad y cooperación a las demás clases profesionales de la isla, para conjuntamente defender el bienestar y progreso de nuestro pueblo.

En la preparación del trabajo que les voy a presentar he eliminado en todo lo posible la nomenclatura técnica y me he esforzado por limitarme a consideraciones de más o menos interés general. Pido, pues, la indulgencia de los dentistas aquí reunidos si la presentación resulta demasiado elemental.

El odontólogo desempeña un papel cada vez más importante en la medicina moderna. Su misión no se limita, como comúnmente se cree, a una mera determinación del número de caries existentes o extracciones necesarias en una boca, al estado de las encías o a la necesidad de la prótesis;

sus observaciones no son interpretadas bajo una estricta limitación a los hallazgos locales sino con un pleno conocimiento de que esos signos odontológicos pudieran ser manifestaciones de un proceso sistémico generalizado y, asimismo, de que por el contrario esa condición local pudiere constituir la causa de trastornos más o menos graves en el organismo.

Y al asumir esta actitud, digna de todo encomio, presta el dentista muy valiosos servicios a la profesión médica, no solamente en el campo de la cirugía oral, a cuyo desarrollo ambas profesiones han contribuido grandemente, sino también en el campo de la medicina interna. Son muchos los casos de lesiones precancerosas y aún cancerosas incipientes; sinusitis, anginas agranulocíticas, leucemia, anemia perniciosa, etc., que por su sintomatología odontológica predominante recurren primeramente donde su dentista. Al sospechar o reconocer éste la verdadera naturaleza del caso presta uno de sus más valiosos servicios a la clase médica. Y enorgulleceme decir, que son muchos los casos de esta índole que diariamente nos son referidos por sus dentistas.

Pero antes de entrar en consideraciones más detalladas de condiciones sistémicas que presentan manifestaciones bucales y de las infecciones dentales en su relación con

* Trabajo leído ante la Asociación Dental de Puerto Rico, la noche del viernes 6 de diciembre de 1940.

la salud, deseo hablaros por unos momentos sobre un tema que ha sido objeto de vastas e intensas investigaciones por parte de ambas profesiones, especialmente la profesión dental. Me refiero a las caries dentales, cuya etiología y control no están aún del todo esclarecidas.

Hemos de admitir que la incidencia de caries dentales es alarmantemente alta. Vemos en nuestros propios familiares como no ha terminado aún de brotar una pieza cuando ya está cariado y también como estas piezas afectadas tienden a desarrollar abscesos peridentales con sus complicaciones.

Aunque me he propuesto no citar estadísticas debido a sus marcadas propiedades hipnóticas, quiero, sin embargo, hacer referencia a los trabajos que bajo el programa de mejoramiento del standard de salud de nuestra clase pobre se lleva a cabo en los Campamentos Cíviles de Conservación, cuyo departamento médico-dental tengo el honor y el placer de dirigir. Hemos examinado hasta la fecha la dentadura a 3,444 pacientes de 18 a 50 años de edad, habiendo encontrado en ellos un total de 9,879 caries, cuya naturaleza permitía la restauración de la pieza, y 12,847 piezas cuya extracción era inevitable. Tenemos pues, un total de 22,626 caries, o sea un promedio de 6.57 caries por persona. Solamente 194 casos tenían dentadura normal. Así pues 94.4% de nuestra población en general, pues estos campamentos cubren toda la isla en sus cuotas, padece de cambios degenerativos marcados en la dentadura.

Price, luego de llevar a cabo intensas investigaciones entre los habitantes de Suiza, los esquimales de Alaska, los indios en el lejano Norte, Oeste y Canada Central, Oeste de Estados Unidos y Florida; los Melanesios y Polinesios en ocho archipiélagos en el Sur del Pacífico; tribus en Africa Oriental y central; los aborígenes de Australia y tribus Malayas en las islas al Norte de

Australia, los maories de Nueva Zelandia, en Perú los descendientes de la vieja civilización a lo largo de la costa y en las sierras y también en la cuenca del Amazonas, afirma que las caries dentales son el producto de deficiencias en la nutrición y que éstas, al igual que los cambios faciales y trastornos de los arcos dentales, son el resultado de la degeneración física de nuestra civilización.

Dryer comenta que al examinar detenidamente los dientes en una gran colección de calaveras traídas del Matjez River Shelter (Holocene), supuestamente de la época prehistórica Surafricana, no encontró la más remota indicación de una sola carie, y concuerda con la opinión de los antropólogos europeos, en que las caries dentales constituyen una enfermedad moderna y que por lo tanto no debe aceptarse como de antaño ninguna calavera que demuestre en sus dientes esta condición.

Hooton, de la Universidad de Harvard, cree firmemente que la salud de la humanidad está amenazada y que a menos que se tomen medidas para descubrir preventivos contra la infección dental y correctivos para las deformidades dentales, el curso de la evolución humana continuará decayendo hasta llegar a su total extinción. Añade el mismo autor, que los hechos son claros, que los dientes y la boca humana han venido a ser, posiblemente bajo la influencia de la civilización, focos de infección que socaban la salud física de la especie y que las tendencias degenerativas en la evolución se manifiestan en el hombre moderno de tal manera que nuestras mandíbulas resultan pequeñas para acomodar el número de dientes que nos pertenecen. Por consecuencia, estos dientes brotan tan irregularmente, que su eficiencia fundamental queda grandemente, si no por completo, destruída.

El no encontrar con relativa prontitud

una fórmula efectiva para arrestar el progreso de esta infección y degeneración dental resultaría, a juicio del autor antes citado, en la total extinción de la especie humana.

La ortodoncia, rama especializada de la odontología, tiene que ver con la corrección de las deformidades del arco dental y consecuentemente con el mejoramiento de defectos faciales. Pero no debemos conformarnos con poder corregir estos defectos; debemos buscar sus causas y evitarlas. La literatura es muy extensa y no consideraremos sino superficialmente, algunos de los factores etiológicos a los cuales se ha atribuido mayor importancia. En primer término tenemos el cruce racial, a virtud del cual, se alega, que podría haber una marcada diferencia entre la estructura ósea del padre y la de la madre; uno de raza bien desarrollada y de dientes grandes; el otro de una raza de estructura ósea pequeña, frágil. Si la criatura hereda la dentadura del progenitor bien desarrollado y su estructura ósea, y por lo tanto su mandíbula, del tipo esquelético pequeño, tendríamos unos dientes demasiado grandes para poderse acomodar en una mandíbula reducida, y de allí su crecimiento anormal y deforme.

Price disiente de este criterio, alegando que sus investigaciones han dejado demostrado, sin lugar a dudas, que estas divergencias de lo normal se reproducen en todos los grupos raciales estudiados por él, aún cuando su pureza racial permanece intacta. Se manifiestan estos trastornos dentales con no más que adoptar los padres, antes del nacimiento de sus hijos nuestra moderna nutrición comercial. Y no digamos que estos grupos raciales primitivos no estaban conscientes de que era necesario mantener excelente salud y estado de nutrición para evitar la degeneración física de sus descendientes. Es más, tan ciertos es-

taban de esto, que en muchos grupos no se permitía a una muchacha contraer matrimonio sin ser antes sometida a un período de nutrición especial, a veces no menos de seis meses. Nuestras muchachas, por el contrario, durante el período prenupcial, con la excitación y la preocupación por preparar su trousseau descuidan por completo su nutrición que de por sí había sido siempre deficiente, y contribuyen de una manera civilizada a nuestra propia degeneración física.

Hay quienes mencionan la respiración nasal deficiente —por lo general debida a adenoides o amígdalas hipertroóficas— como un factor contributivo al desarrollo de estas deformidades.

Y no podemos evitar el pensar en la degeneración física de nuestra civilización al considerar la alarmante incidencia de trastornos amigdalinos y adenoideos en la población civilizada. Tenemos que tomar en consideración que el aumento de población y nuestras costumbres modernas nos traen a vivir más apiñados y bajo condiciones sanitarias un poco adversas, que favorecen la propagación de infecciones del trayecto respiratorio superior; pero muchos autores, entre ellos Stoker y Stucky, creen que nuestra alimentación deficiente influye de una manera decisiva en estos trastornos nasofaríngeos, y que una dieta bien balanceada y rica en vitaminas contribuiría a disminuir la alta incidencia de hipertrofias amigdalinas y adenoideas.

Vemos con satisfacción el progreso que ha habido durante los últimos años en el campo de las vitaminas, y confiamos que la clase médica y la profesión dental unidas en un gran esfuerzo e inspiradas por la sabiduría ejemplar del hombre primitivo en materia de nutrición, estimulen y orienten al hombre moderno en la lucha por la reconquista de su estructura física primitiva.

LA DENTADURA Y LA SALUD

Sabemos que en el proceso de la digestión los dientes desempeñan un papel importante masticando el alimento y tornándolo, con la ayuda de la saliva, en un bolus suave, de masa fina, antes de pasar al estómago. Es ésta una acción puramente mecánica en cuanto a los dientes concierne. Estableciendo una analogía, vamos a imaginarnos que en el proceso de la elaboración del azúcar en nuestras centrales, las desmembradoras —nuestros incisores— o los molinos, nuestros molares, o ambas dejaren de funcionar, ¿podría haber azúcar? Sin embargo, nuestros estómagos han de asumir la responsabilidad, bajo circunstancias análogas, de compensar en lo posible la deficiencia dental y llevar a cabo el proceso digestivo bajo condiciones completamente adversas y fuera de todo orden fisiológico.

Pero pasemos a considerar las infecciones dentales y sus repercusiones en la salud. Primero repasaremos el tan conocido síndrome de infección focal. Esta condición, consistente en enfermedades con manifestaciones sistémicas, de carácter local o general, producidas por focos de infección que lanzan bacterias o sus toxinas al torrente sanguíneo o sistema linfático, es causada en un porcentaje alto de casos por una pericementitis crónica. Desde el tiempo de Benjamín Rush (1818) se ha venido considerando a los dientes como causantes de trastornos sistémicos. Luego Black en 1842, Gaurettson en 1890, Miller en 1891, Hunter en 1898 y más tarde Rosenow en 1915, cuando formuló su teoría de afinidad de los organismos invasores con ciertos órganos o tejidos del cuerpo humano, han contribuido a nuestros conocimientos actuales sobre esta condición.

Al masticar, la presión que ejercemos sobre los dientes es enorme y la pieza enferma, de acuerdo con varios autores, compri-

me el absceso, a manera de pistón, inyectando por presión en el torrente sanguíneo o linfático sus bacterias o toxinas.

Cecil y Archer estiman que 93% de los casos de artritis infecciosa crónica son de origen dental. Otros autores, concuerdan con éstos en lo que respecta a la alta incidencia de infecciones dentales como causantes de trastornos artríticos, pero sus cifras demuestran alguna fluctuación.

Pero pasemos por alto el gran número de condiciones sistémicas en las distintas especialidades de la medicina, en las cuales la infección dental desempeña un papel importante como factor etiológico, y consideremos, aunque brevemente, su efecto en el corazón.

La endocarditis aguda de tipo reumático tiene su foco generalmente en las amígdalas y adenoides. Sin embargo, más frecuentemente de lo que nos imaginamos, las endocarditis bacterianas subagudas tienen su origen en infecciones dentales, especialmente después de extracciones en momentos impropios y sin la debida preparación del paciente. Sabemos que inmediatamente después de la ablación de las amígdalas o extracción de piezas enfermas hay una invasión del torrente sanguíneo por las bacterias que causaban la infección local, una bacteremia transiente. Si la resistencia del organismo es baja en el momento de la extracción, ésto es, si el balance entre la virulencia del germen invasor y la resistencia local y general del paciente es desfavorable, según podría manifestarse por reacciones febriles o sistémicas generalizadas, las bacterias aprovecharían esta oportunidad de ser lanzadas en masa al torrente sanguíneo para localizarse en los tejidos de más baja resistencia. Desgraciadamente, éste suele ser, con bastante frecuencia, el endocardio, acarreando con su afección una mortalidad alta.

Y es por esto que debemos evitar que

personas fuera de la clase odontológica practiquen —como hasta ahora se ha venido haciendo— la cirugía dental. El odontólogo, consciente de su deber, estudia sus casos, prevé estas complicaciones y pospone la intervención hasta haber levantado suficientemente la resistencia del paciente por medio de vacunas y otros métodos o haber, por lo menos, atenuado la virulencia del organismo invasor haciendo uso de quimioterapia y medidas locales. En estos casos la cooperación más decidida entre el clínico y el odontólogo es esencialísima para el bienestar del paciente.

Y para finalizar, pues el tiempo apremia, consideraremos aquellas condiciones sistémicas que por manifestarse con lesiones en la boca vienen a la consideración del dentista antes de ser referidas al médico.

Primero, y con algún énfasis, debido a la importancia que reviste en estos casos un diagnóstico temprano, hablaremos del cáncer. Es sumamente importante familiarizarse con el aspecto de una lesión maligna incipiente, pues si se reconoce y se trata en este estado el pronóstico es completamente favorable.

La leucoplaquia, lesión comúnmente designada como precancerosa consiste en una plaquita en la mucosa, que Bloodgood describe como de aspecto similar al de una pintada con pintura de esmalte. Por lo general no causa molestia alguna en su principio aunque más tarde puede producir un ligero ardor al comer o tomar bebidas calientes. Es muy característica la induración, que contrasta notablemente con los tejidos normales adyacentes al palparlos. Se considera la leucoplaquia como producto de una irritación crónica. Las tres causas a que más frecuentemente se atribuye esta irritación son, trastornos en la dentadura, incluyendo trabajo protético deficiente, el tabaco y la sífilis. En su tratamiento es esencial la extracción de piezas cariadas

que produzcan irritación local y la remoción de las prótesis mal adaptadas. La reacción de Wassermann en la sangre debe determinarse.

El cáncer incipiente puede tomar el aspecto de un tumor verrugoso o el de una pequeña ulceración. Es característica su marcada induración y muchas veces su tendencia a sangrar a la menor provocación. Comúnmente se localiza en los márgenes de la mitad anterior de la lengua de donde luego se extiende hacia las encías y al piso de la boca. Puede también localizarse en los pilares anteriores, amígdalas, paladar y orofaringe en general.

Debemos considerar toda ulceración crónica de la boca como cancerosa, sifilítica o tuberculosa y partiendo de esta base proceder con los análisis necesarios para precisar el diagnóstico, tales como Wassermann, examen del pecho y biopsia.

La agranulocitosis, entidad clínica aguda de grave pronóstico, se manifiesta con ulceración en la región bucofaríngea, no infrecuentemente localizada en las encías, y graves trastornos sistémicos. Un estudio hematológico establece fácilmente el diagnóstico por la ausencia casi total de células polimorfonucleares en la sangre.

Las leucemias, especialmente en sus estados agudos, pueden manifestarse con trastornos en la boca y encías. También es esto notable en el escorbuto. En ambas condiciones una pronta determinación de la naturaleza del caso es esencial para evitar un rápido desenlace fatal.

La anemia perniciosa puede presentarse con no más sintomatología que ardor o inflamación de las encías y mucosa bucofaríngea. Aquí, también, un estudio hematológico revela la verdadera naturaleza del caso.

Quiero aprovechar esta oportunidad para mencionar aunque sea someramente la existencia de ciertas reacciones patológicas del

organismo a algunas drogas, reacciones que se manifiestan por medio de lesiones bucales, y que muchas veces llevan al paciente donde el odontólogo, que debe reconocerlas. Refiérome específicamente a los cambios que ocurren en la agranulocitosis, que ya hemos mencionado como una seria condición sistémica, y que puede ser causada por el uso continuo de ciertas drogas, especialmente algunos preparados arsenicales y los agentes quimioterápicos. Una droga relativamente nueva que se está usando extensamente en el tratamiento de la epilepsia, el hidantoinato de sodio, puede producir, en algunos pacientes que son susceptibles a ella, lesiones muy notables en la boca, que se parecen muchísimo a las lesiones bucales del escorbuto, y responden a la administración de Vitamina C.

Un especialista es una persona que sabe más y más de menos y menos. El odontólogo es un especialista que sabe cada día más y más acerca de aquella parte del organismo donde desarrolla sus actividades. Es importante que tengamos siempre presente el hecho de que el hombre es un organismo indivisible, una unidad que reacciona en su totalidad. Por eso el mejor odontólogo, como el mejor médico, será siempre aquél que rebasando las limitaciones impuestas por las fronteras de su especialidad, amplía continuamente su cultura, estudia la clínica, se empapa de los últimos descubrimientos en el campo de la biología humana y adopta, en fin, una actitud verdaderamente humanista en las aplicaciones de sus conocimientos profesionales.

PRINCIPIOS DE ADMINISTRACION COMERCIAL EN SU APLICACION AL MANEJO DE HOSPITALES

JULIO B. ORTIZ, M.B.A., Ph.D.,

Decano, Facultad de Administración Comercial de la Universidad de Puerto Rico

Río Piedras, P. R.

Que el Administrador técnico es un factor de vital importancia en el mantenimiento y desarrollo del hospital moderno lo indica el auge y la seriedad que ha tomado en el Norte el Colegio Americano de Administradores de Hospitales, bajo cuyos auspicios celebramos este Instituto.

Las funciones del Administrador varían en detalles de acuerdo con la importancia, tamaño y recursos de las empresas, pero cualesquiera que sean esas pequeñas diferencias, existen principios fundamentales de administración que son aplicables en sentido general a todas las instituciones, bien sean éstas de carácter comercial o filantrópico, particular o público.

Creo pertinente hacer una aclaración respecto a la aplicación de estos principios fundamentales al manejo del Hospital. Consideremos el hecho muy interesante de que el objetivo principal de un hospital es dar el mayor y mejor servicio al que lo necesita, y que al logro de dicho objetivo se supe-
dita toda idea de beneficio pecunario. Es interesante, sin embargo, consignar el hecho de que si el objetivo primordial del hospital es dar el mayor y mejor servicio con los recursos humanos y económicos disponibles, la experiencia demuestra fuera de toda duda que el mayor y mejor servicio puede darse precisamente tomando de la empresa comercial todos o casi todos los principios fundamentales de administración y gerencia que permiten a ésta cristalizar el

objetivo de conseguir la mayor ganancia posible. Aplicándose todos y cada uno de esos principios al manejo del Hospital, puede éste ordenar y mover sus recursos disponibles de modo que derive de ellos el mayor rendimiento posible. Por esta circunstancia, podemos aceptar en términos generales el principio de que toda política o norma de acción que facilite a la empresa comercial el logro de mayores beneficios puede y debe aplicarse a la administración del Hospital para facilitarle la prestación de mayores y mejores servicios profesionales. Tomaremos esta aseveración de base para desarrollar el tema, y enfocaremos el hospital como una empresa de servicio que debe tomar todas las providencias administrativas convenientes y que debe asegurar su mayor efectividad dentro de las circunstancias del medio en que se desenvuelva la institución.

Considerando que esto es un Instituto para Administradores de Hospitales, conviene primero como cuestión de orientación, aclarar con precisión la posición del administrador en el hospital porque es un principio fundamental de administración comercial que se deben deslindar los campos de acción y las zonas de autoridad en toda empresa para facilitar su funcionamiento armónico. Este principio es de tan vital significación para el hospital como para la más comercializada de las empresas públicas o privadas. Consideremos primero el término administración, para luego definir al Administrador. Fijaremos de este modo con claridad las zonas de autoridad y las

* Conferencia leída en el Instituto Interamericano de Administradores de Hospitales, celebrado en San Juan, P. R., del 1ro. al 14 de diciembre de 1940.

demarcaciones de influencia administrativa y ejecutiva. Así haremos resaltar las relaciones naturales de los factores entre sí, dentro del mecanismo administrativo del hospital, como medida de facilitar su control más efectivo.

En administración comercial existen tres zonas de acción o de control. La primera zona concierne a la formulación de los objetivos de la política general de la empresa y a la especificación de los medios para su consecución. Esta zona se reserva generalmente a los accionistas, síndicos, juntas de directores y al presidente. La segunda zona se limita a la organización de los factores o elementos constitutivos de la empresa para ordenar y asegurar su funcionamiento, sincronizándolos y armonizándolos lo más efectivamente posible para rendir el mayor servicio a prestar o la mayor ganancia a conseguir. La tercera zona se limita a las labores de rutina, cuyas normas son trazadas generalmente por el personal ejecutivo empuerado en la segunda zona.

Estas tres zonas deben estar tan claramente demarcadas en el Hospital como en la empresa comercial. El Hospital tiene sus accionistas, tiene síndicos, o directores;

tiene sus oficiales ejecutivos que mantienen en marcha la institución, mediante la ejecución de los planes, normas y política trazadas para la institución; tiene sus empleados de rutina, cuya misión es llevar a cabo los quehaceres más elementales en la oficina, en el tren de lavado, en la droguería o en las otras dependencias.

¿Y cuál es, me preguntarán ustedes, la tarea reservada al administrador? Intencionalmente he omitido su posición para hacerla resaltar con más relieve. La empresa comercial moderna reserva al administrador una posición intermedia entre la primera y segunda zona de control. Específicamente hablando, el administrador es el punto de contacto entre la zona primera, que traza objetivos, que formula política, que orienta e inspira, y las demás zonas de autoridad. El Administrador está en posición de doble cariz autoritario. Con los síndicos, accionistas y directores coopera en la formulación de planes, fines u objetivos, y con las demás zonas de autoridad coopera en la ejecución de esos planes y objetivos para mantener en movimiento la empresa que se le confía. Esta posición doble del Administrador se pone de relieve en el diagrama que sigue:

Primera zona:	
(Política General)	
Objetivos	Accionistas
Planes	Síndicos
Medios	Directores
	ADMINISTRADOR
Segunda zona:	Personal Ejecutivo
(Políticas Subsidiarias)	Técnicos
Organización	Jefes de Divisiones
Ejecución	Mantenimiento
Procedimientos	Relaciones
Tercera zona:	Oficinistas
(Rutina)	Mayordomos
	Conserjes
	Plomeros, etc.

De manera que administración es, en sentido general, toda actividad de control que fluye de la primera a las otras zonas a través de la autoridad del Administrador. Deseo hacer hincapié en el principio fundamental de administración comercial en su aplicación al hospital moderno que exige el mantenimiento de la más estricta delimitación de autoridad dentro del marco específico reservado a cada zona de control. El factor determinativo enmarcado en la primera zona no debe en modo alguno invadir las zonas reservadas al ejecutivo, excepto a través del administrador. Cuando una zona traspasa sus límites de acción y de control se desnaturaliza y pervierte el principio de la delimitación de autoridad. Por consiguiente, los accionistas, síndicos, y directores no deben de menoscabar la fuerza moral del administrador, interviniendo en los asuntos técnicos o en la ejecución de normas y de planes que son prerrogativa exclusiva de la zona de control ejecutivo, y por el mismo motivo, esta zona de autoridad no debe inmiscuirse en las prerrogativas de la zona superior inmediata excepto por mandato o concesión específica del privilegio, pero siempre a través de y con la anuencia explícita del administrador.

Cuando no se conservan estas demarcaciones de autoridad en el hospital, se desmoraliza la institución como se desmoraliza la empresa comercial que desdeña dicha demarcación. El principio, por lo tanto, debe mantenerse en toda su pureza en el hospital bien organizado. Tiene este principio especial significación para este Instituto. El administrador debe mantenerse, sin claudicaciones, fielmente dentro del marco de sus prerrogativas para no lograr ventajas personales a costa de la integridad profesional suya y de sus compañeros. A cambio de prebendas, de conveniencias oportunistas, o de arreglos acomodaticios,

el administrador no debe jamás permitir que su autoridad se menoscabe, ni permitir que se invada su zona de acción, ni ceder sus derechos ejecutivos, ni mantenerse pasivamente al margen de sus obligaciones por lograr su acomodo ante quienes le pueden conceder ventajas. Es parte esencial de la obra del administrador mantener en toda su integridad el principio ético-administrativo de que la autoridad debe fluir a través de las vías reglamentarias establecidas por la práctica, sin las excepciones amainadas que generalmente quebrantan el espíritu de solidaridad en el personal del Hospital. La administración comercial condena la traición profesional. En ninguna otra institución como en el Hospital tiene este principio aplicación tan directa y deseable.

Con miras al mantenimiento de una sana ética profesional, el mundo de los negocios exige del administrador de una empresa condiciones personales y profesionales que le permitan mantenerse a la altura de su deber. Sobresalen entre éstas, cuatro características específicas aplicables en su totalidad al administrador de un hospital. En primer término, el administrador debe poseer la capacidad suficiente para formarse un concepto global de sus obligaciones y prerrogativas. En la empresa comercial, como en el hospital, esta competencia profesional debe ser tal que el administrador pueda captar de manera integral la institución en todas sus ramificaciones y relaciones internas y externas. Debe tener un concepto amplio de sus relaciones con el organismo director, por ser el administrador punto de contacto entre ese cuerpo y el personal técnico de la institución; debe darse perfecta cuenta de sus obligaciones profesionales para con el cuerpo médico, y de éstos para con los enfermos; deberá tener habilidad y carácter para la selección del

personal bajo su dirección; deberá estar en condiciones de comprender la función de todos y cada uno de los departamentos del hospital, sean éstos de índole puramente profesional o de índole económica; deberá mantenerse en contacto directo con las operaciones de sostenimiento de la planta física; y deberá sostener las relaciones externas del hospital a la altura que las circunstancias lo exijan y permitan.

En segundo término, el Administrador deberá estar adornado de un espíritu de laboriosidad tal que pueda atender con celo y gusto las innumerables obligaciones que de continuo reclaman su intervención. En el hospital, este espíritu de laboriosidad se hace más exigente porque las responsabilidades son mucho más específicas que en la empresa comercial. La exigencia del hospital es perentoria, y demanda presteza y diligencia en grado sumo. El Administrador haragán en un hospital es una amenaza para la institución.

La tercera cualidad administrativa sobresaliente del Administrador de un hospital debe ser la iniciativa. En la empresa comercial es natural que se exija espíritu emprendedor del Administrador para que pueda éste sostener la institución a tono con el carácter dinámico de los negocios. Pero cualquiera que esté medianamente enterado del dinamismo de la profesión médica no puede en forma alguna concebir un Administrador de Hospital que no se mantenga en actitud de continua efervescencia profesional. La iniciativa es para el administrador de un hospital fermento que provoca inquietudes. Un administrador sin iniciativa es para el hospital una tragedia moral y profesional.

Redondea la personalidad del Administrador de toda empresa comercial, y con más vera en la del hospital moderno, una cualidad de carácter muy personal que llamaremos, por falta de un término más es-

pecífico dentro de la técnica administrativa, *el don de gentes*, atributo éste de tal significación profesional, por sus implicaciones espirituales, que bien podríamos llamarle facultad *sine qua non* de éxito administrativo. El don de gentes es una facultad de tan finos e íntimos resortes psicológicos y sociales que elude toda definición. Es una de esas condiciones personales imponderables que despiertan en los individuos actitudes de cordialidad, de reciprocidad, de respeto y de afecto; condición que se traduce en el tan deseado "esprit de corps" que debe prevalecer abundantemente en el hospital bien integrado y coordinado. El administrador que no logra infiltrar en sus compañeros el espíritu de cordial y espontánea cooperación por medio de su habilidad para hacerse apreciado, respetado y seguido en sus actividades de orden profesional y social no puede jamás mantenerse en su posición de líder y no puede en manera alguna inspirar, guiar y orientar el personal cuya dirección se le confía. La Administración comercial moderna reserva un puesto de notable distinción para el hombre-líder que tiene ese preciado don de captarse el afecto espontáneo de sus compañeros, de sus superiores y de sus subalternos, sin apelar a la estridencia; que puede tocar los resortes morales de los individuos para que se prodiguen hasta el límite de sus potencialidades; que pueda provocar actitudes e inspirar conciencias para hacer obra de continua y dinámica renovación. La obra cumbre de un administrador es la de tocar resortes psicológicos de sus compañeros para incitarlos a la devoción profesional. El administrador consciente se debe percatar, por lo tanto, de que sus compañeros y subalternos pueden dejar a la entrada del hospital todas sus pertenencias personales, pero no olvidar que ellos no depositan en el vestíbulo su condición de humanos, dispuesta en cualquier momen-

to a desbordarse en actitud de cordialidad generosa o, posiblemente, en pasiva o activa rebeldía.

Al ponderar las cualidades personales que la Administración comercial exige del Administrador, me permito traer a vuestra consideración otro principio de notable alcance relacionado con el aspecto moral del menester administrativo. Mantiene este principio el hecho probado fuera de toda duda razonable que la cooperación espontánea es mucho más efectiva que la obediencia ciega como factor efectivo de disciplina. Tiene importancia suma este principio porque imparte a la gestión administrativa un carácter esencialmente humano.

Eleva las relaciones profesionales entre los individuos y, sobre todo entre los jefes y sus subordinados, a un alto plano de moralidad. Y fomenta el espíritu de lealtad, que debe prevalecer en todo momento entre el personal hacia la institución de que forma parte. La Administración comercial sostiene como uno de sus más preciados postulados que la obediencia ciega no es capaz de engendrar actitudes creadoras. Por esto, el administrador consciente debe esforzarse por mantener las relaciones profesionales dentro del hospital a tal grado de cordialidad que haga digna la tarea de sus compañeros y se eleven todos, jefes y subalternos, a un nivel de igualdad moral en el desempeño de sus funciones especiales. El administrador conjuntamente con el personal del hospital alcanzan el más alto grado de expresión profesional cuando logran fundirse en un conjunto armónico que se prodiga con gustosa espontaneidad a rendir el mayor servicio que sus recursos personales y técnicos sean capaces de prestar. En ninguna institución tiene mayor aplicación este sano principio administrativo como en el hospital bien organizado. Es que la actitud elevada coloca al cuerpo médico, y aún a los encargados de menesteres ruti-

narios, en constante preocupación por mantener el prestigio y el decoro de la institución si a ella se sienten espiritual y profesionalmente atraídos. Si el Administrador logra realizar el fenómeno de convertir la disciplina en fuerza creadora capaz de hacer del trabajo labor placentera, habrá conseguido integrar espiritual y profesionalmente su personal. La gestión administrativa habrá alcanzado entonces su más fecunda manifestación.

Llevado el personal del hospital a este plano moral, podría entonces, con buenas perspectivas, aplicarse en toda su amplitud otro principio fundamental de Administración que es de actualidad en todo momento en el hospital para facilitar sus objetivos fundamentales. Este postulado de administración comercial mantiene que la renovación creadora es básica para la permanencia y continuidad de toda institución. Hace este principio resaltar el hecho de aplicación directa y específica al hospital que tanto el Administrador como sus compañeros de trabajo deben mantenerse en la corriente de los acontecimientos, alertas a la evolución constante que es nota característica de la profesión médica en sus múltiples manifestaciones. La renovación, que es factor básico de la administración científica, no significa simplemente sustitución de lo existente, sino mejoramiento gradual, pero constante, de normas, de usos, de costumbres, o de actitudes. El colmo de las paradojas creo que nos lo ofrecería un hospital que padeciese de anquilosis profesional crónica. Pero también sería paradójico confundir la renovación con la sustitución festinada porque entonces el intento de renovación puede convertirse en desorganización. Por esta circunstancia muy sutil y de difícil comprensión a veces, es posible que se tergiversen los fines y se sacrifiquen los medios; que se asuman actitudes revolucionarias donde el sano criterio orde-

na una simple reorganización de lo existente a tono con las circunstancias y con los recursos económicos del hospital. Por este motivo, es oportuno recalcar el hecho muy significativo de que la renovación debe ser primordialmente de actitudes más bien que de implementos de trabajo. Cuando la renovación provoca nuevos puntos de vista e intensas preocupaciones, se efectúa el rejuvenecimiento dentro de la organización del hospital, tal como lo propugna la administración comercial moderna, en forma centrífuga, es decir, de adentro hacia afuera. Cuando el espíritu de rejuvenecimiento se apodera del personal técnico del hospital, entonces el espíritu se cuela a través de sus departamentos, invade el ambiente todo, a pesar de los instrumentos viejos, a pesar de los cuartos reducidos, a pesar de las mesas y de las camas y de los laboratorios anticuados. Prendida la chispa de la renovación de adentro hacia afuera, lo material ya no ocupa puesto de predilección profesional. Es que las mesas nuevas, las habitaciones amplias y los fluoroscopios recientes no pueden en forma alguna rejuvenecer el hospital donde hay anemia del espíritu y anquilosos de la mente.

La responsabilidad de mantener en toda su efervescencia este espíritu de renovación constante recae ineludiblemente sobre los hombros del Administrador. Esta obligación ni se evade ni se delega. Es esencia y substancia de la gestión administrativa.

Como la renovación tiene su técnica especial de tan variadas facetas, debe tomarse con espíritu de prudencia abundante. Para que sea sólida, la renovación debe ser moderada. Además, el esfuerzo administrativo en la renovación de puntos de vista, de actitudes y de elementos de trabajo, y aun de personal, no debe concentrarse en una sola fase de la actividad en la empresa. La concentración del esfuerzo en un solo departamento del hospital puede ser una

tendencia natural y hasta deseable en ciertas ocasiones, pero no es buena práctica administrativa. Lo permanente en la renovación se consigue con mayor solidez cuando ésta se efectúa en todos los frentes, cuando el administrador infiltra en el personal del hospital el deseo de la superación profesional en todos los servicios y en todos los departamentos de la institución. La Administración Comercial rechaza la intermitencia y el esfuerzo esporádico porque generalmente no conducen a conquistas permanentes.

Al tratar de conquistas permanentes en el campo de la administración comercial viene a nuestra mente otro principio de aplicación específica al hospital. La Administración divorciada del espíritu experimental es ciega y linda en los terrenos de lo arrogante. Para que las conquistas de la Administración sean perdurables deben ir acompañadas de la experimentación sistemática. Lo experimental imparte a la gestión administrativa un espíritu de liberalidad tonificante. No hay fuerza que contribuya más a solidificar la posición del administrador que el descubrimiento de nuevas normas de acción y de consecución mediante su esfuerzo personal. El experimento ordenado incita a la renovación a que hemos hecho mención anteriormente, y contribuye al desarrollo de nuevas actitudes. Coopera efectivamente a combatir la rutina y contrarresta tendencias peligrosas de mantener ciegamente lo tradicional por el mero hecho de ser lo conocido. El experimento es también freno contra los excesos del radicalismo desbocado. Mediante el experimento, el administrador se puede colocar en un término medio feliz entre estos dos extremos. Y si fuese presa de circunstancias fortuitas incontrolables que lo esclavicen moralmente en su tarea, la búsqueda y consecución de la verdad mediante el experimento podrá, por lo menos, hacerlo

espiritualmente libre. Por ello, ante las situaciones embarazosas en que a menudo se halla el administrador en el enfoque de sus problemas como ejecutivo, el experimento puede ser tabla de salvación para su conciencia. Además, el administrador que no experimenta es negación del espíritu de la ciencia y no tiene derecho en un hospital a mantener con dignidad el puesto que se le confía.

Tampoco tiene derecho a la dignidad del puesto el administrador que violenta el principio de Administración Comercial que exige que toda idea, plan o proyecto administrativo sea sometido a la sanción escrutadora de sus compañeros y, en muchos casos, de sus subalternos. Uno de los errores más graves que cometer puede el administrador de una empresa cualquiera es creer, como a menudo se cree, que sus ideas son exclusivas y únicas; que él y sólo él está en posesión de lo verdadero y correcto en sus planes u objetivos a realizar. Cuando el administrador llega al punto de asumir una posición de exclusivismo personal, habrÁse encastillado en la legendaria torre de marfil para no dar paso al juicio de los que pueden y deben aportar a la gestión administrativa sus experiencias profesionales o el acerbo de sus ideas constructivas. El principio de la sanción exige del administrador una actitud abierta y una disposición franca a recibir el consejo y las críticas constructivas de sus compañeros. La profesión médica ha sancionado como una de sus más preciosas tradiciones la norma de la consulta médica, siempre que la duda justifique la intervención oportuna del consejo facultativo. Mal puede servir de administrador de un hospital quien no respeta y practica esta tradición que dignifica.

PodrÍase arguir que al dar demasiado énfasis al principio de la sanción en el proceso administrativo, se podría incurrir en el

defecto peligroso de la sumisión ejecutiva. Contra este peligro, la Administración Comercial erige el principio fundamental de ética administrativa de que la sanción siempre debe ir precedida de la discusión franca y abierta, del acuerdo expreso o tácito entre las partes en consulta. Además, es condición específica de la sanción que ésta se solicite y que nunca se imponga. Apareja la sanción el derecho de parte del Administrador de iniciar el proceso, contrarrestando de este modo la posibilidad de coacción, y manteniendo incólume el principio democrático de la iniciativa, que es parte esencial de la tarea administrativa. ¿A quién deberá acudir el Administrador en busca de sanción para sus ideas o sus planes? La buena práctica administrativa indica dos fuentes de opinión autorizada: la primera la constituyen aquellos compañeros de trabajo cuyas experiencias se hayan desarrollado en campos de acción que aparezcan responsabilidades similares a las del Administrador que solicita la opinión ajena. Los que han tenido práctica activa en estos menesteres se habrán dado buena cuenta del caudal precioso de ideas que a veces puede encontrar el que busca la verdad en las experiencias profesionales de otros compañeros. Además, el intercambio de ideas que siempre ofrece la consulta franca y abierta refresca y tonifica la mente, amplía el horizonte y abre nuevos caminos a la iniciativa. Pero aun más que todo esto, las personas que han de ser afectadas por cualquier cambio de normas de acción tienen, como una cuestión elemental de democracia profesional, el perfectísimo derecho de ser oídos en sus puntos de vista y en su actitud hacia todo aquello que les habrá de imponer posiblemente nuevas situaciones, nuevos derechos y nuevas obligaciones.

La segunda fuente de opinión que debe pulsar el Administrador en su búsqueda de

sanciones la constituyen paradójicamente aquellas personas cuyo criterio está en contradicción con el criterio del que consulta. Es una magnífica práctica administrativa buscar en el criterio opuesto todos los puntos específicos de divergencia, precisamente para solidificar la posición propia ante la posición ajena encontrada. Este choque de ideas es saludable porque generalmente robustece la confianza y la fe en la bondad del principio propugnado o destruye el principio si es insostenible. Cualquiera que fuere el desenlace del encuentro de ideas antagónicas, el fin deberá ser siempre el establecimiento de la verdad, y el éxito de la empresa. Lo que generalmente resulta trágico para los intereses de la institución es el administrador obstinado que se aferra a sus ideas y se encierra en la concha de sus aberraciones. Al solicitar la sanción ajena para sus ideas y sus proyectos, no comete el administrador la indignidad de poner sus ideas y proyectos en subasta. Lo que se persigue es la aportación de luz. Lo que se pone en evidencia es el sentido de responsabilidad y la actitud digna y elevada del que busca la verdad.

Tratemos ahora más específicamente de la responsabilidad del administrador en sus funciones internas relacionadas con la disposición de los elementos de trabajo. Ya hemos hecho referencia al principio administrativo que estipula que el establecimiento de operaciones o funciones específicas dentro de la empresa para dar concreción a la política general establecida es patrimonio exclusivo del Administrador. Conviene aquí, para fines de orientación, aclarar los términos *política general* y operaciones o funciones específicas, porque a menudo existen puntos de vista encontrados en la interpretación de estos términos.

Se entiende por política general, (general policies), según indicásemos anterior-

mente, los fines u objetivos y normas que se traza la institución bajo consideración y los medios con que se proyecta llevar a cabo esos objetivos. En el caso específico del hospital, su política (general policies) estipulará, por ejemplo, que el hospital se funda para dar determinado servicio profesional a determinado sector de la comunidad; que dichos servicios habrán de prestarse de acuerdo con las mejores normas conocidas; que para la prestación de esos servicios se dispondrá de los recursos que convenga a los iniciadores de la empresa; que habrá o que no habrá determinadas facilidades de planta física y de equipo. Se puede disponer en la política general, si así conviene a los intereses de la empresa que el hospital sostendrá un servicio para enfermedades de tal o cual naturaleza; que se sostenga una escuela para enfermeras; que el presupuesto de la institución se someta a los directores en determinada época; se podrá disponer que el cuerpo médico y su director llenen determinados requisitos, y que las finanzas estén a cargo de un oficial especial de tales o cuales condiciones.

Estas y otras tantas exigencias, reglas y estipulaciones de carácter similar constituyen la llamada política general administrativa. La fijación de esta política general administrativa, según hemos apuntado, es prerrogativa de la Junta de Directores, de síndicos, o de accionistas, si los hubiese, y es práctica general administrativa que para su discusión, aceptación e implantación se cuente con el consejo técnico del Administrador, quien, en buena práctica administrativa, tiene su asiento y deja oír su voz en las reuniones de los directores o síndicos, pero sin derecho al voto. Fijada la política general de la institución, es deber de la Junta de Síndicos o de Directores velar celosamente por su estricto cumplimiento, enmendándola allí donde lo exijan las

circunstancias, alterándola cuando así convenga a los mejores intereses de la empresa. Pero debe entenderse claramente que ahí termina la gestión de los Síndicos o Directores y ahí empieza la gestión del Administrador. La responsabilidad, la obligación del Administrador empieza en el preciso momento en que la política general trazada para la institución ha de ponerse en ejecución. Esta responsabilidad, como otras tantas de orden ejecutivo, ni se puede evadir ni se puede desnaturalizar. Es prerrogativa exclusiva del Administrador, ayudado por su cuerpo técnico, determinar la forma específica en que todas y cada una de esas políticas generales (general policies) habrán de ponerse en ejecución.

Esas formas específicas de poner en marcha la política general constituyen lo que en administración comercial llamamos normas. Se dividen éstas en dos clases, a saber: normas de ejecución y normas de consecución. La norma de ejecución es el medio técnico que la facultad del hospital acepta como el más adecuado para llevar a cabo tal o cual actividad profesional que conduzca a la cristalización de los fines generales de la institución. Estas normas, por ser específicas y de carácter técnico, requieren la pericia profesional que es patrimonio exclusivo del médico entrenado en su menester, y tampoco se pueden evadir o desnaturalizar por la ingerencia de extraños a la profesión. El Director y el cuerpo médico del hospital deberán guardar con extremo celo su derecho y su obligación ineludible a mantener este principio administrativo en toda su pureza, en defensa de la política general de la institución.

Así como la norma de ejecución estipula la forma en que habrán de llevarse a cabo las distintas tareas técnicas confiadas al personal del Hospital, la norma de consecución estipula la cuantía o cantidad de tra-

bajo que deba realizarse mediante la aplicación de la norma de ejecución. Demos un ejemplo práctico para recalcar la diferencia. Como norma de ejecución en el Departamento de enfermedades transmisibles se acepta, por ejemplo, que todo examen de las vías respiratorias constará de análisis microscópico, por el sistema X, de una radiografía por el sistema Y, de una fluoroscopia por el método Z, y de un informe por escrito siguiendo el sistema A. Y como norma de consecución se estipula que todos esos análisis, placas e informes deberán hacerse dentro de un período máximo de tantas horas, no más de cinco pacientes en un tiempo determinado, para ser sometidos al director del departamento con la firma de los técnicos respectivos. La norma de ejecución se refiere al proceso técnico a seguir, y la norma de consecución se limita a estipular el tiempo que habrá de utilizarse en los exámenes y el diagnóstico para poder asegurar una ejecución ordenada y rápida. Generalmente, estas normas se preparan por escrito en forma de manuales de instrucción al personal técnico, y es obligación del Administrador y de la facultad observarlas, enmendarlas o sustituirlas, según exijan las circunstancias.

El establecimiento de normas en buena práctica administrativa debe hacerse obligatorio para todos los departamentos o divisiones de la empresa, debiendo el administrador exigir su fiel observación o cumplimiento en todo momento, a menos que haya razón fundada para las excepciones anotadas. Estas normas se conocen generalmente con el nombre de órdenes permanentes (*standing orders*).

Además de la función normativa del Administrador y del cuerpo médico, existe la función determinativa de políticas subsidiarias que ayudan a dar más efectiva concreción a la política general administrati-

va. Estas políticas subsidiarias (minor policies) dan al cuerpo médico funciones de doble aspecto administrativo y ejecutivo, y no deben confundirse con la política general de la institución aunque la fortalecen y le dan mayor viabilidad. Tampoco deben confundirse con la tarea docente de establecer normas, que también dan mayor efectividad a la obra de la institución en la cristalización de sus objetivos generales.

El establecimiento de políticas subsidiarias de aplicación general a todo el funcionamiento de la institución tiene por fundamento el principio administrativo de que el *modus operandi* se hace más efectivo mediante la integración armónica de todos sus factores o elementos de trabajo. El Administrador y el cuerpo médico del hospital pueden adoptar, por ejemplo, la política general de turnos de trabajo, de establecer un sistema de conferencias para instrucción del público en general o de carácter técnico para la facultad. Puede establecerse la política de exigir de los médicos internos la prestación de ciertos y determinados servicios, o de seguir ciertos y determinados estudios en instituciones para estudios especiales. Pero debe tenerse muy presente que ninguna de estas prácticas pueden estar en pugna con la política general de la institución. Es principio administrativo general que las políticas subsidiarias tengan por fin primordial el mejoramiento de la institución en sus relaciones internas y externas, sin menoscabo de los fines que se persiguen en la política general trazada por los directores. La responsabilidad de que estas prácticas no estén en pugna con los fines de la institución es incumbencia exclusiva del Administrador. Esta responsabilidad tampoco se puede evadir o delegar.

Debe ser parte integrante de la obra del administrador disponer la maquinaria interna del hospital de manera que de ella se

obtenga el mayor rendimiento posible. En buena práctica administrativa, esto se consigue por medio de la funcionalización de actividades. Ninguna institución como el hospital moderno representa más fielmente el principio de la división de trabajo en funciones específicas. El hospital bien organizado es la esencia del principio administrativo que postula la división del trabajo en funciones especiales como la manera más efectiva de rendir servicio de alta calidad de la manera más económica posible. Quizás el personal técnico del hospital no tenga la preocupación de la economía en mente al llevar a cabo la tarea diaria por funciones especiales y piensen primordialmente en la eficacia de su trabajo. Sin embargo, el administrador y los oficiales ejecutivos tienen o deben tener como política esa división por estar sancionada por la técnica administrativa por su efectividad tanto en lo técnico como económico. La pequeñez del hospital no debe nunca ser pretexto para desdeñar el principio de la división funcional. La ignorancia administrativa generalmente consiste en no captar la significación del principio y su técnica operativa. Esto, desde luego, debe ser parte de la preparación del Administrador.

Lo que sí es axioma de administración comercial es que en toda empresa, y con especialidad en el hospital, hay innumerables actividades técnicas o de carácter rutinario que pueden, por su naturaleza, agruparse para que su control se haga más directo y efectivo. La agrupación debe efectuarse a base del proceso de operación a emplear. Funciones que requieran procesos distintos, o que exijan unidades de tiempo muy diferentes en duración, no deben agruparse para fines de control. Además de las conveniencias de orden material en esta división de funciones, la administración comercial científica da especial énfasis al desajuste espiritual que proviene

de agrupar bajo el control de una misma persona funciones que ésta considera impropias de su dignidad profesional o técnica. Es que la funcionalización en la administración comercial no es simplemente una cuestión de más o menos tiempo, o de más o menos pesos y centavos. Es también, cuestión de orden moral. La administración científica da una posición distinguida en la obra de ejecución de normas y en el proceso de operación a los resortes psicológicos del individuo, sea éste técnico o lego; sea Jefe o subordinado. Anteriormente hemos hecho resaltar el principio de que la cooperación espontánea es mucho más valiosa que la disciplina forzada. En la funcionalización de la tarea administrativa, ejecutiva o rutinaria, juega un papel decisivo este principio, el cual puede violentarse por la inexperiencia o la ignorancia en la división o agrupación de funciones para fines de control. De lo que no se tiene duda alguna, para los efectos de operación y consecución de normas, es de la fuerza dinámica que tiene la sincronización de actividades y su delegación a personas que se sientan espiritualmente a tono con la naturaleza de sus obligaciones. Esta integración del espíritu con la obligación que se desempeña tiene un valor inestimable en Administración comercial y su bondad debe ser cabalmente captada para no caer en el peligro de agotar valiosos recursos humanos. Es una experiencia frecuente sobrecargar la agrupación de actividades por seguir la línea de menor resistencia. Contra esto debe mantenerse el administrador en guardia, si desea conservar un ritmo armónico en el funcionamiento de los distintos departamentos, divisiones o negociados del hospital.

Estas funciones específicas se confían en el hospital a los hombres debidamente preparados en la técnica de ejecutar el proceso

científico respectivo pero tanto el especialista como el administrador deberán darse cuenta exacta de que la obra técnica funcional no es tarea ejecutiva ni administrativa. La labor del técnico es proporcionar al ejecutivo y al administrador los datos necesarios para la formulación de normas. El técnico no es un factor normativo o determinativo para los fines de administración, excepto en aquellos casos en que su aportación sea solicitada. En cuestiones de política administrativa, el técnico debe ser *apolítico*, y en cuestiones de normas ejecutivas debe ser neutral. Su misión exclusiva es dedicarse a su trabajo con devoción.

Una vez deslindadas las zonas de acción y autoridad es principio fundamental poner todo el peso de la obligación en los hombros de las personas responsables, amparándolas en todos sus derechos y prerrogativas. Sin embargo, la misma división de operaciones, en sus aspectos funcionales, impone al Administrador la necesidad de delegar parte de esas funciones ejecutivas en los técnicos a cargo de las dependencias del hospital. De aquí resultan relaciones de carácter humano cuya naturaleza pone al técnico en la posición de ejecutivo y, a veces, de administrador en su pequeño mundo científico. Al enfocar estas situaciones especiales, el Administrador habrá de comprender su naturaleza intrincada, y deberá captar la condición específica en que se halla una división a cargo del técnico ejecutivo. La experiencia demuestra que no siempre se reúnen en el técnico que no ha tenido entrenamiento administrativo o ejecutivo las cualidades que le permitan actuar con mesura, tacto y discreción en las gestiones de relación con sus compañeros de trabajo. Cuando las circunstancias lleven al Administrador a lidiar con un jefe de división, de negociado o de laboratorios que no se mantiene a la altura de las circunstan-

cias en sus obligaciones y derechos de ejecutivo, entonces tendrá aquél que hacer el milagro del desdoblamiento, deberá convertirse en maestro, y ejercerá todo el tacto y toda la prudencia necesaria para llevar a sus casillas al técnico descarrilado. El Administrador deberá elevarse por encima de lo pequeño para sentar cátedra de urbanidad y hombría de bien. Por esto es precisamente que entre las cualidades del Administrador se incluye con preferencia aquella preciada disposición que he llamado el *don de gentes*. La Administración es en gran medida control de nervios, control de temperamentos distintos y de puntos de vista encontrados. Al Administrador le está reservada la difícil tarea de ser árbitro, juez, fiscal y confesor. Por estas circunstancias, el administrador debe ser un conocedor de la naturaleza humana, contando entre sus atributos personales la gracia deseable de la cortesía. "El mejor instrumento de defensa" del administrador o ejecutivo es precisamente este bien natural conque se atraen voluntades. La cortesía es la expresión externa del sentido de humildad cristiana, necesario en toda labor de guiar e inspirar gentes.

Cortesía suma, discreción y tacto en abundancia son indispensables para mantener otro principio de administración que sostiene que la autoridad de expedir órdenes apareja la responsabilidad de seguir su curso hasta su completa ejecución. Como la labor del Administrador consiste en gran parte en publicar avisos, en circular informes exigiendo ciertas y determinadas actuaciones, es requisito indispensable del buen Administrador desarrollar una técnica específica para el trabajo de cotejo y de constatación del cumplimiento de las órdenes expedidas. Es un principio inquebrantable de la técnica de control administrativo que una vez se expide una orden de-

be seguirse rigurosamente hasta su consumación. Si la consumación es impracticable y si su posposición es recomendable, debe expedirse una nueva orden anulando la anterior o posponiéndola hasta nuevo aviso. No hay factor de desmoralización mayor que la orden incumplida. El Administrador deberá darse cuenta de que una de las primeras pruebas a que le ponen sus compañeros de trabajo y sus subalternos es precisamente su habilidad en la cuestión de expedir y ejecutar órdenes. Una de las experiencias más frecuentes conque se tropieza el Administrador es la excusa fabricada, el pretexto acuñado, o la razón falaz bien artimañada cuando se quiere justificar el incumplimiento de una obligación. Ante el incumplimiento de una orden, la única alternativa que tiene el Administrador es hacer frente a la situación con decisión y energía, pero teniendo muy en mente que el errar es humano.

Dirijamos ahora nuestra atención a algunos principios administrativos de aplicación directa a las actividades de orden comercial del hospital, cuyo funcionamiento eficiente es de tan vital importancia para la institución. Posiblemente ningún departamento tiene relaciones tan directas o influyentes en el funcionamiento suave del Hospital como el que se entiende con los negocios de la institución. Un hecho sobresaliente debemos anotar al enfocar la función de este departamento. La pequeñez del hospital no debe amenguar la importancia que para las actividades profesionales tiene la salud robusta en las finanzas del hospital. En una institución pequeña quizás no haya la necesidad de un departamento con una organización elaborada o aparatosa, pero cualquiera que sea el tamaño o la naturaleza del hospital, los procedimientos económicos son básicamente iguales a los de cualquiera otra institución. Las operaciones comerciales, aunque en menor

cuantía o frecuencia, generalmente siguen la misma secuencia y las mismas prácticas. Las diferencias estriban en la cantidad. Por este motivo, debe observarse en términos generales en la organización, disposición y operación de todos los procedimientos de orden comercial, la misma política. La diferencia entre las distintas instituciones y ésta es la práctica de las empresas comerciales, en cuanto a este servicio se refiere, estriba solamente en la ubicación del servicio y en pequeños detalles de conveniencia funcional. En las instituciones de importancia, donde las operaciones comerciales tienen que hacerse en mayor cantidad y con mayor frecuencia, éstas por lo general necesitan de atención rápida, de mejor comprensión, de contactos más numerosos, y de mayor familiaridad con problemas de hacienda. Como es natural, esto requiere estudio y experiencia.

Las funciones del departamento comercial son tan variadas como las exigencias del servicio en lo interno y externo. La misión de este departamento es la de ordenar, coordinar, informar y servir. Es un departamento *al servicio* de las demás dependencias, y en ningún momento impondrá o tratará de imponer normas fuera de su estricto radio de acción. No es fácil comprender una misión cuyas ramificaciones se extienden por todas las dependencias del hospital, prestándose su gestión a interpretaciones torcidas.

La importancia de este departamento se pone de relieve con más precisión al enumerar sus funciones:

- 1—Llevar cuentas claras de todos los ingresos y egresos de la institución.
- 2—Clasificar esos ingresos y gastos para fines de orientación.
- 3—Llevar cuentas claras de las obligaciones y acreencias.

- 4—Proteger la propiedad mueble e inmueble.
- 5—Preparar estimados de ingresos y egresos para uso de los demás departamentos.
- 6—Adquirir todos los materiales y equipo necesarios.
- 7—Mantener la planta física.
- 8—Ilustrar a propios y extraños sobre los asuntos de orden económico de la institución.
- 9—Fomentar cordialidad en las relaciones del hospital con el público.
- 10—Recoger e interpretar estadísticas para fines de orientación.

Donde su importancia lo justifique, este departamento estará a cargo de un gerente, nombrado por, y responsable al Administrador. Este gerente debe reunir condiciones específicas de idoneidad, tanto en lo personal como en lo profesional. Debe estar versado en cuestiones de contabilidad, debe saber de economía, de hacienda comercial y de relaciones públicas; debe tener un dominio bastante amplio del idioma, porque sus innumerables contactos le llevan a la entrevista y le exigen informes hablado o escritos. En la carta que de continuo escribe para sostener las relaciones de la institución refleja el director de este departamento su personalidad, su tacto y su discreción.

Como el hospital se presta a innumerables despilfarros, este departamento debe controlar en sus más mínimos detalles todas las actividades económicas. En cualquier empresa, privada o pública, comercial o filantrópica, este control es esencia y substancia de la vida misma de la institución, y por eso la administración comercial reserva a esta actividad un sitio de suma preponderancia en la gestión administrativa. En el hospital, el departamento co-

mercantil es por estas circunstancias de suma significación precisamente por la naturaleza filantrópica de las actividades profesionales de la institución. Esto impone al administrador la seria responsabilidad de velar porque la estructura de este departamento o servicio responda fielmente a sus fines, irrespectivamente de su ubicación y tamaño. Quienquiera que sea el responsable, cualquiera que sea el escritorio u oficina donde esté la responsabilidad del control, lo decisivo es el principio en sí. Las normas de operación son susceptibles de enmienda, sustitución y eliminación. Lo que no admite enmienda, sustitución o evasión es la responsabilidad del control. Sin embargo, a menos que sea un contable experto, el administrador generalmente no puede determinar cómo y de qué amplitud debe ser la organización para asegurar dicho control pero sí deberá saber qué pasos dar y qué providencias tomar para que el hospital esté dotado de ese servicio, poniéndolo a la altura de las más estrictas exigencias de la técnica. Lo que debe preocupar al Administrador es lo que espera en sentido general del gerente del departamento comercial, es decir, los fines y el engranaje que deberá tener en la estructura general de la institución. Los detalles de organización y las normas de operación son prerrogativas del Jefe del Departamento. Deseo recalcar ante ustedes, que la técnica de control financiero es muy exigente y no debe confiarse a una enfermera, a la telefonista o a cualquier indocumentado que suela tener parentesco o influencia con el administrador, por el mero deseo de descargar la responsabilidad sobre alguien que se vea obligado para retener su puesto.

No obstante tener un departamento comercial bien estructurado en cuanto a su forma, la función puede desviarse de sus objetos por cierta confusión que existe en

la mente de los que no tienen entrenamiento en materia de control financiero. Es principio básico relativo a organización e implantación de un sistema de control que éste facilite la interpretación de las operaciones en sus aspectos relativos funcionales. Por esto, no basta que se tome simplemente nota de las operaciones. Lo fundamental es el por qué de la anotación. Cada entrada y cada salida en los libros de contabilidad tiene su valor de interpretación. El error grave que se comete a menudo es creer cándidamente que la función de control se ha llevado a cabo con tomar buena nota de las operaciones. Es más, este trabajo de rutina se confunde casi generalmente con el trabajo de contabilidad. Lo que se ignora muy frecuentemente es que aún tomando buenas notas y haciendo las debidas entradas y salidas de todos y cada uno de los ingresos puede fácilmente el hospital caminar al colapso económico. La buena anotación, desde luego es necesaria como medio, pero cuando esta termina empieza la tarea de interpretación. La simple anotación más o menos detallada es cuestión rutinaria conocida generalmente por Teneduría (Bookkeeping). El contable, que interpreta, comienza allí donde el Tenedor termina. Lo que no debe hacerse es tomar el medio por el fin. La anotación cuidadosa, que es el medio nada significa si no va seguida de la interpretación constructiva, que es el fin. Es posible que se pregunte: ¿para qué la interpretación de las cuentas? A esto se puede contestar con otra pregunta: ¿Para qué la interpretación de las radiografías? El contable es precisamente el radiólogo de la estructura económica del hospital. Ahora pregunto yo a ustedes: ¿Para qué una placa sin la interpretación del técnico que tenga la intuición de los contornos, de las sombras, y de los puntos, más o menos claros, o más o menos pronunciados, en el panorama de la radiografía?

La administración comercial da una importancia tal a la interpretación de las cuentas que ya ha elevado el menester del contable a la dignidad de profesión, y a la contabilidad atribuye las características de una ciencia.

Como el departamento comercial del hospital debe ser el ejemplo más vivo de técnica de control ejecutivo, todas sus actividades deben estructurarse en la misma pauta general de funcionalización de servicios y operaciones. De aquí provienen las especializaciones funcionales encargadas a personas preparadas, específicamente para atenderlas y entenderlas a cabalidad. Es error muy corriente del Administrador y del cuerpo médico aceptar, como una cosa natural, las ventajas de la especialización en su línea profesional, desdeñando sin embargo a menudo el hecho de que el principio rige por igual aún en los menesteres más humildes.

Existe una función muy especial del departamento comercial cuya ubicación ha sido y es motivo de controversia. Me refiero en este caso particular a las actividades de compra de materiales y equipo. Muchos jefes de negociados o departamentos reclaman el derecho a iniciar y efectuar las negociaciones para la adquisición del equipo especializado de sus divisiones. Al considerar esta fase de actividad comercial, debemos tener presente que la compra debe siempre efectuarse a tono con la ideología económica general del hospital, a saber, dar el mayor y mejor servicio con los recursos disponibles. La compra debe, por consiguiente, hacerla quien pueda garantizar economía y rapidez necesaria en el servicio. El método más práctico a la larga es el de centralizar todas las operaciones en el departamento comercial, pero dando al negociado interesado la oportunidad de selección. El gerente del departamento comercial, si actúa

personalmente como comprador, o el agente comprador, si hubiere alguno, generalmente tiene más pericia en el manejo de órdenes y en hacer los contactos debidos. Sin embargo, si las condiciones así lo determinan, y se permite a cada departamento actuar independientemente, deberá el jefe de dicho departamento demostrar fuera de toda duda razonable que su ingerencia en la compra es provechosa, tanto en lo profesional como en lo económico. Esto es deseable porque, en esto de las compras, los que hemos desempeñado o desempeñamos puestos administrativos a veces desarrollamos una ideología peculiar que no tiene base científica alguna. Por un falso concepto de dignidad ejecutiva, insistimos en la autonomía administrativa aún en los detalles más ridículamente imaginables. Por mis saludables experiencias, personalmente soy de opinión que la intervención del agente comprador es deseable aún en la adquisición de los artículos y efectos de mayor especialidad técnica. El agente comprador generalmente desarrolla su técnica especial para expeditar las compras; establece innumerables contactos provechosos con las fuentes de abastecimiento de materiales y equipo; está mejor enterado que los demás compañeros de trabajo de las condiciones del mercado, del curso de los precios y del mecanismo de las vías de comunicación y transporte, siendo por todos estos motivos su intervención provechosa en economía de tiempo y esfuerzo.

Otra función del departamento comercial de carácter muy especial pero a veces pasada por alto, es la protección debida del equipo y material ya adquirido. En buena práctica comercial esta función tiene una importancia económica de notable alcance. La conservación adecuada del equipo y del material representa generalmente un problema de control confuso y embarazoso para la administración. La confusión proviene

generalmente de la falta de concentración de responsabilidad. Por este motivo, esta actividad de control debe sistematizarse con el mismo celo y eficacia que se despliega en cualquiera otra función de la técnica administrativa. La sistematización debe consistir primordialmente en la formulación de un inventario permanente de las existencias disponibles de equipo y de material, clasificado por funciones o usos especiales. Debe encargarse a una persona responsable y cuidadosa que pueda en cualquier momento informar con todos los detalles pertinentes sobre el estado, la cuantía y la ubicación del material y equipo en existencia. El administrador deberá inspeccionar detalladamente dichas existencias con cierta frecuencia durante el año económico o fiscal, para tomar las medidas necesarias o aconsejables. En buena práctica administrativa debe establecerse la política de que el encargado de la propiedad provea copia del inventario anual al administrador para formular el presupuesto de compras de acuerdo con las necesidades del servicio. Cuando no se establece política de control alguno que garantice la vigilancia y protección adecuada del equipo y material disponible, las filtraciones se suceden con inadvertida pero marcada regularidad. El hospital es un sitio ideal para estas filtraciones y, por esta circunstancia especial, es doblemente aconsejable para el Administrador estar en todo momento en condiciones de ejercer su autoridad de control mediante la comprobación periódica de las existencias. La técnica para ese control es relativamente sencilla, y bien puede el contable de la institución formular un plan de fácil comprensión que facilite su funcionamiento económico. Lo importante es tener un concepto cabal del papel que desempeña esta medida de control ejecutivo en la vida de la institución. Su aspecto puramente económico se complementa con las ventaj

as de orden moral que provienen de la disciplina en el servicio de abastecimiento cuando se presenta la necesidad de usar en un momento dado equipo o material existente.

No son pocas las veces en que se pasa por la experiencia amarga de ver defraudado el deseo y la necesidad de usar urgentemente material o equipo que debiera estar disponible pero que se ha desvanecido aparentemente por arte de magia, con la fútil explicación de que sencillamente ha desaparecido. ¿No acusa esta condición acaso incapacidad o negligencia administrativa? Sin embargo, perdura en muchos hospitales la ciencia y paciencia de los administradores, en la falaz creencia de que el mal tiene por necesidad su persistencia crónica. La persistencia crónica indudablemente se debe a la impericia persistente del Administrador imprevisor e impreparado en los innumerables resortes que la técnica ejecutiva ha desarrollado para fines de control.

He pospuesto para último término el enfoque de los problemas relacionados con el manejo del personal porque su importancia puede apreeiarse con mejor comprensión teniendo como fondo los principios ya presentados a vuestra consideración.

En la técnica administrativa el factor humano sobrepasa en importancia a todos los demás factores como elemento de especulación filosófico administrativa. Este principio tiene su entronque en el concepto fundamental de que el fin de toda actividad comercial o industrial es la satisfacción de las necesidades humanas. Podemos, por lo tanto, enfocar el manejo del personal considerando a cualquier institución primordialmente como un conglomerado de individuos que manipulan instrumentos y materiales para la consecución de dicho fin. Por esta circunstancia, el centro de la atención y de la especulación filosófico-administrativa es el individuo en su tra-

bajo, mientras que los instrumentos son meros aditamentos que complementan el esfuerzo humano. Por esta circunstancia, la administración científica alcanza su más elevada manifestación de propósitos y fines cuando la actividad comercial, industrial o filantrópica facilita el desarrollo de la personalidad del individuo.

Así dicha actividad debe orientarse hacia la consecución de sus fines específicos sin sacrificar en modo alguno el elemento humano que es la clave de la gestión administrativa y el centro principal de atención en toda la técnica de control. Resulta interesante anotar que el enfoque de la actividad comercial en cualquiera de sus manifestaciones, desde este punto de vista, resulta práctico y ventajoso porque se traduce en mayores beneficios económicos. De esto se infiere que es ventajoso el adoptar una política ampliamente humana en el manejo del personal, porque se admite en administración comercial que los costos de operación se reducen cuando el individuo está espiritual y moralmente imbuído en su tarea y se funde en ella todos los recursos personales y técnicos que es capaz de desarrollar. Su esfuerzo resulta entonces más efectivo y la tarea administrativa se hace más llevadera y más fecunda. Si el Administrador logra realizar la conjunción espiritual y técnica del hombre con su menester habrá logrado la manifestación más alta de su liderato profesional, ya que todos los principios básicos de la técnica de control administrativo y ejecutivo giran alrededor de la actividad humana.

Por esta circunstancia, el manejo de estas actividades ha tomado ya carácter de especialización profesional, confiándose generalmente a personas específicamente entrenadas para enfocar los problemas que

se susciten. El tamaño de la empresa no debe en modo alguno, como en otras actividades, ser óbice para la funcionalización de esta actividad. Cualquiera que sea la naturaleza de la empresa, cualquiera que sea el número de individuos que a ella sirvan, es principio administrativo de general aceptación que los problemas que a diario se presentan en la selección, empleo, adaptación, instrucción, educación, ascenso, traslado, y retiro de empleados es lo suficientemente intrincado para exigir atención especial de parte de un departamento, división o persona que pueda enfocar esos problemas con la pericia que demanden las circunstancias. Cualesquiera que sean esos problemas su consideración debe ser objeto de preocupación y de consideración. Estos problemas no deben confiarse al azar de las circunstancias. Como hemos ya mencionado el principio de que la administración comercial aspira a desarrollar el elemento humano para su propio bienestar y para el éxito de la empresa que lo utiliza, es práctica general reconocida como provechosa y es lógico que la tarea de fomentar los intereses profesionales, económicos y morales del personal sea motivo de especial atención.

No entraré en los detalles de esta labor porque las limitaciones de tiempo no permiten ocupar vuestra atención en pormenores que cualquiera persona interesada podría hallar en un buen tratado sobre la materia. Además, oiremos una discusión autorizada sobre la materia a cargo de un ex-presidente del Colegio Americano de Administradores de Hospitales, cuya autoridad para presentar el tema es bien reconocida. Pero sí, quiero traer a vuestra consideración la importancia que para un buen Administrador revisten estos problemas, haciendo resaltar la circunstancia que

en buena práctica administrativa el personal debe ser objeto de predilecta y esmerada atención, a tal extremo que ya se ha desarrollado una técnica especial para asegurar su mejor funcionamiento y el mayor rendimiento de servicio.

Esta discusión podría prolongarse más allá de lo prudente en esta reunión. No he pretendido en modo alguno agotar la materia. En este campo se podría hablar indefinidamente. He traído a vuestra consideración algunos puntos salientes del tema,

cerrando aquí con el principio de los principios: la técnica administrativa es fundamentalmente un proceso de control de actividades humanas en el uso de elementos materiales para fines de servicio.

Mi mayor deseo ahora es dejar en vuestras mentes la impresión de que esa técnica es tan vital para la vida del hospital que bien merece el puesto de distinción profesional a que la eleva en Puerto Rico este instituto.

DIRECTORIO MEDICO DE PUERTO RICO AÑO 1940

AGUADA (Aguadilla)

SANCHEZ, LUIS ANTONIO, n'05
George Washington University '30
Salud Pública
Unidad de Salud Pública

AGUADILLA (Aguadilla)

Bulla, Gordon, G., n'04
Univ. of Oklahoma Sch. of Med. '30
Oftalmología y Otorrinolaringología
Capt., M. C., U.S.A.
Base Naval

CARDONA, NESTOR DE, n'96
Univ. of Md. School of Med. and Coll. of
Phys. and Surgs. '20
Medicina general — Muñoz Rivera 21

DAUGHERTY, JOHN W., n'80
University College of Med., Richmond, Va. '05
Tuberculosis — Ave. Parque Colón
Centro Antituberculoso

ECHEVARRIA DE LA ROSA, ARTURO L., n'99
Université de Paris Faculté de Médecine '28
Pediatria — Calle Betances Núm. 12
Clínica de Enfermedades Venéreas

Figueras, Jaime J. n'89
George Washington Univ. Sch. of Med. '16
Lt. Col., M. C., U.S.A.
Base Naval

IGARTUA, GREGORIO, n'09
St. Louis University Sch. of Med., Mo. '35
Medicina general — Progreso 50
Unidad de Salud Pública
Presidente Asociación Médica del Distrito de
Aguadilla

IGARTUA, JOSE E., n'89
Univ. of Md. School of Med. and Coll. of
Phys. and Surgs. '11
Radiología — Betances 20

MARQUEZ, FRANCISCO A., n'08
George Washington University School of Med.,
Washington, D. C. '32
Medicina general — Progreso 27

MARQUEZ TORRES, JOSE, n'89
Bennet Coll. of Ecl. Med. and Surg., Chica-
go, '14
Análisis clínico
Laboratorio Biológico — Aguadilla

Meléndez, Manuel, n'90

Meharry Med. Coll., Nashville, Tenn. '17

Medicina general — Progreso 17

REICHIARD ESTEVES, WILLIAM, n'11

Université de Laussane Faculté de Medecine,
Switzerland, '38

Medicina general

Base Naval

RIVERA APONTE, PEDRO A., n'93

Loyola University School of Med., Chicago, '17

Salud Pública

Base Naval

ZAMORA, PEDRO JUAN, n'90

University of Michigan Med. School,

Ann Arbor, '17

Obstetricia — José de Diego 72

Clínica de Enfermedades Venéreas

ZAMORA, RAFAEL LUIS, n'96

Univ. of Michigan Med. School, '27

Obstetricia y Ginecología — Muñoz Rivera 14

AIBONITO (Guayama)

Amadeo José A., n'99

Univ. of Pa. Sch. of Med., Philadelphia, '22

Tuberculosis

Centro Médico Rural

CANINO, ESPERIDION, n'81

Baltimore Med. College, '05

Medicina general

Sanidad y Beneficencia

ANASCO (Aguadilla)

GARCIA DE QUEVEDO, MANUEL, n'90

Univ. of Md. School of Med. and Coll. of
Phys. and Surgs., '16

Obstetricia y Ginecología

Sanidad y Beneficencia, Rincón

ARECIBO (Arecibo)

ASTOR, MANUEL A., n'95

Syracuse Univ. Coll. of Med. '21

Cirugía — Gonzalo Marín 18

Clínica Susoni

CADILLA, ARTURO, n'96

George Washington Univ. School of Med., '21

Pediatria — Betances 13

Clínica de Enfermedades Venéreas

- COLON, RAFAEL, n'92
Univ. of Pa. Sch. of Med. '20
Urología — Gonzalo Marín 4
- Colón Román, José, n'90
Univ. of Cincinnati Coll. of Med. '19
Medicina general
Centro Médico Rural
- CORTES QUINTANA, MANUEL, n'93
Loyola Univ. Sch. of Med., '17
Medicina general — Gonzalo Marín 36
Unidad de Salud Pública
- HONORE, SABAS, n'94
Loyola Univ. Sch. of Med., '16
Medicina general — Cristóbal Colón 12
- MARQUES, GUILLERMO S., n'04
Harvard Medical School '29
Radiología — Muñoz Rivera 2
Clínica de Enfermedades Venéreas
- RIVERA AULET, RAFAEL, n'93
George Washington Univ. School of Med. '16
Medicina general — Plaza Muñoz Rivera
Pres. Asoc. Med. Dtto. Arceibo
- RODRIGUEZ QUINONES, JOSE M., n'02
Syracuse Univ. Coll. of Med. '31
Cirugía — Calle Coll y Toste
Beneficencia
- SALA DIAZ, MIGUEL E., n'02
Jefferson Med. Coll. of Philadelphia '24
Tuberculosis
Centro Antituberculoso
- SANTOS, JULIO A., n'99
Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '25
Salud Pública — Ave. Hatillo
- SUSONI, ANTONIO HIRAM, n'08
Université de Paris Faculté de Médecine '37
Cirugía — Clínica Dr. Susoni
- SUSONI, FRANCISCO M., n'79
Universidad de Santiago Facultad de Medicina '98
Cirugía — Clínica Dr. Susoni
- Vergne, Ramón, n'85
Syracuse Univ. Coll. of Med. '10
Medicina general — Muñoz Rivera 13
- ZAPATA, MIGUEL A., n'04
Dalhousie Univ. Faculty of Med. '32
Oftalmología y Otorrinolaringología
Ave. Hatillo
- ARROYO (Guayama)
- MARTINEZ, ERNESTO J., n'96
Emory Univ. School of Med. '21
Urología
- MEDIA CASALS, ALBERTO L., n'11
Université de Paris Faculté de Médecine '36
Cirugía
- PALMIERI, JULIO, n'97
Jefferson Medical College of Philadelphia '20
Medicina general
Clínica de Enfermedades Venéreas
- BARRANQUITAS (Guayama)
- RIVERA AROMI, VIRGILIO, n'95
Howard Univ. Coll. of Med. '22
Medicina general
- Cumpiano, Emilio, n'90
Bennett Coll. of Ecl. Med. and Surg. '15
Medicina general
Unidad de Salud Pública
- RAYAMON (San Juan)
- ASENCIO CAMACHO, FERNANDO, n'08
University of Louisville School of Med. '33
Cirugía — Hospital de Distrito
- Avilés Borrero, Jacinto, n'76
Ohio Medical University '04
Cirugía
Hospital de Distrito de Bayamón
- BASORA DEFILLO, J., n'03
Long Island Coll. of Med. '31
Pediatria
Hospital de Distrito de Bayamón
- FERRER SANTANA, RAFAEL, n'07
Howard University Coll. of Med. '39
Medicina general
Hospital de Distrito de Bayamón
- FERNANDEZ MARINA, R. '09
Univ. Central de España Facultad de Medicina '33
Medicina general
Hospital de Distrito de Bayamón
- FOSSAS, MANUEL, n'80
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '03
- FRANCESCHI, ANDRES A., n'05
Stanford Univ. Sch. of Med. '32
Obstetricia y Ginecología
Hospital de Distrito de Bayamón
Medicina general — Degetau 9
González y Rosario, Hiram, n'90
Jefferson Med. Coll. of Philadelphia '13
Medicina general — Barbosa 16
Clínica de Enfermedades Venéreas

- Mehrhoff, Albert G., n'72
New York Univ. Coll. of Med. '00
Medicina general
Hospital San Alberto
- MELENDEZ MARTINEZ, ANDRES S., '97
Meharry Med. Coll., '41
Medicina general — Calle Martí 2
- MORALES RUIZ, JUAN S., n'87
Baltimore Med. College '09
Radiología — Calle Veve 57
- Joseph, Vera, n'09
Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '36
Tuberculosis
Centro Antituberculoso
- RAMOS MIMOSO, JOSE R., n'08
Univ. Central de España Facultad de Medicina '36
Medicina general
Clínica Axtelle
- REYES, FELIX M., n'04
Univ. of Columbia Coll. of Phys. and Surgs. '30
Patología
Hospital de Distrito de Bayamón
- SEÑERIZ, RAMON H., n'04
Norwestern Univ. Med. School '04
Cirugía
Hospital de Distrito de Bayamón
- RODRIGUEZ, JUAN C., n'92
Jefferson Med. Coll. of Phila. '18
Cirugía — Martí 8
- CABO ROJO* (Mayagüez)
- ENCARNACION VEGA, CARLOS, n'02
Medical Coll. of Virginia '34
Medicina general
- NADAL GRAU, JOSE, n'02
Boston Univ. Sch. of Med. '27
Salud Pública
Unidad de Salud Pública
- PEREZ TOLEDO, ADALBERTO, n'08
George Washington Univ. Sch. of Med. '33
Medicina general
- ROMEY ORTIZ, ERNESTO, n'93
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '14
Pediatria
- CAGUAS* (Guayama)
- AGUAYO, JUAN ROBERTO, n'07
Long Island Coll. of Med. '31
Medicina general
Beneficencia
- BARRERAS, JENARO, n'95
Jefferson Med. Coll. of Phila. '18
Cirugía — Muñoz Rivera 5
- Ellis, Frederick, n'88
Chicago Coll. of Med. and Surg. '17
Oftalmología y Otorrinolaringología
Gautier Benítez 25
- FORASTIERI, JOSE, n'98
New York Univ. Coll. of Med. '26
Cirugía — Muñoz Rivera 3
- Lastra Charriz, Juan, n'94
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
Medicina general — Celis Aguilera 45
Clínica de Enfermedades Venéreas
- MIMOSO, JUAN, n'07
Medical College of Virginia '33
Cirugía
Medicina general — Hospital Municipal
Sec., Asoc. Médica del Dtto. de Guayama
- NOGUERAS, JUAN J., n'90
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15
Medicina general — Ruiz Belvis
- PRIETO, EZEQUIEL, n'98
Univ. of Pa. Sch. of Med. '22
Medicina general — Rayos X
Betances 49
- RIVAS, JAIME n'89
Chicago Coll. of Med. and Surg. '15
Medicina general — Betances 51
- RIVERA, RAFAEL, n'84
Chicago Coll. of Med. and Surg. '14
Pediatria — R. Cordero esq. Troche
Beneficencia
- SANTIAGO SANTOS, MANUEL, n'04
Ohio State Univ. Coll. of Med. '36
Tuberculosis — Ruiz Belvis 34
- TORRUELLAS, SEVERO R., n'02
New York Univ. Coll. of Med. '26
Medicina general — Ruiz Belvis 45
Pres. Asoc. Médica del Dtto. de Guayama
- CAMUY* (Aguadilla)
- Alm Pérez, José, n'93
Univ. of Michigan Med. Sch. '18
Medicina general
- GRAULAU, LUIS M., n'93
Loyola Univ. Sch. of Med. '16
Medicina general
Unidad de Salud Pública
- MARTINEZ, WILLIAM H., n'08
Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '30
Medicina general

CANOFANAS (Humacao)

AUBRAY FERNANDEZ, JOSE, n'77

Univ. de la Habana Facultad de Medicina '05

Medicina general

Peña Almodóvar, Sergio, n'99

Emory Univ. School of Med. '25

Medicina general

Beneficencia

CAROLINA (San Juan)

TRILLA, FEDERICO, n'91

Chicago Coll. of Med. and Surg. '13

Medicina general

CITAÑO (San Juan)

Boneta del Pozo, Fernando P., n'87

Univ. de la Habana Facultad de Med. '24

Medicina general

Centro Médico Rural

FRIAS Y GIRAUD, MANUEL A., n'81

Univ. de Barcelona Facultad de Medicina '04

Medicina General

Sanidad y Beneficencia

CAYEY (Guayama)

BONELLI, FRANCISCO, n'86

Chicago Coll. of Med. and Surg. '14

Medicina general

CORDERO, JERAMFEL, n'14

Universidad de Santiago Facultad de Medicina, '35

Medicina general

Pres. Asoc. Med. Dtto. Humacao

Crawford, John L., n'04

Indiana Univ. Sch. of Med. '32

Capt. M. C. U. S. A.

Henry Barracks

López, José Alberto, n'03

George Washington Univ. Sch. of Med. '28

Medicina General

MONTILLA HERNANDEZ, VICTOR J., n'06

Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '30

Medicina general

Unidad de Salud Pública

(actualmente en servicio militar)

NIEVES COLON, J., n'02

Medical College of Virginia '27

Medicina general

Clínica de Enfermedades Venéreas

Velázquez, Rafael, n'05

Université de Paris Faculté de Médecine '35

Tuberculosis

Centro Antituberculoso

CENTRAL AGUIRRE (Guayama)

STOKES, ROY J., n'10

Univ. of Cincinnati Coll. of Med. '36

Medicina general

CIILES (Arecibo)

LUIGI, JULIO E., n'76

Louisville Med. Coll. '07

Medicina general

Centro Médico rural

CIDRA (Guayama)

ROURE AMBER, VICENTE, n'65

Univ. de Barcelona Facultad de Medicina '94

Medicina general

COAMO (Ponce)

TALAVERA, DAMASO, n'01

George Washington Univ. School of Med. '27

Medicina general

TORRES CINTRON, JOSE R., n'85

Chicago Coll. of Med. and Surg. '15

Medicina general

Centro Médico Rural

COMERIO (Guayama)

CASO, HILARIO, n'92

Jefferson Med. Coll. of Phila. '17

Medicina general

UMPIERRE, RAMON C., n'93

Medical Coll. of Virginia '16

Medicina general

COROZAL (San Juan)

RAMIREZ, URBANO, n'95

Tulane Univ. of Louisiana School of Med. '18

Medicina general

VALDES, MANUEL L., n'95

Howard Univ. Coll. of Med. '34

Medicina general

Sanidad y Beneficencia

ENSENADA (Mayagüez)

DUNSCOMBE, W. C., n'81

American Med. Missionary Coll. '06
Cirugía*FAJARDO* (Humacao)

ACOSTA, GUILLERMO, n'06

St. Louis Univ. Sch. of Med. '33
Tuberculosis

Clínica de Enfermedades Venéreas

CARRERA, MANUEL, G., n'92

Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '14
Cirugía

Fernández Fuster, Manuel, n'12

Medical College of Virginia '34

Medicina general

Hospital de Distrito de Fajardo

García, Leopoldo, n'13

Tulane Univ. of Louisiana '39

Medicina general

Interno, Hospital de Distrito

(No ha revalidado aún)

Gelpí, William, P., n'10

George Wash. Univ. Sch. of Med. '33

Medicina general

Hospital de Distrito de Fajardo

GODREAU, MIGUEL F., n'06

Tufts College Med. School '33

Medicina general - Tuberculosis

Hospital de Distrito de Fajardo

Tesorero Asociación Médica de P. R.

GONZALEZ RAMIREZ, LUIS, n'04

Northwestern Univ. Med. Sch. '30

Medicina general

Hospital de Distrito de Fajardo

Hing, Ng. William, n'12

Univ. of Michigan Med. Sch. '36

Medicina general

Hospital de Distrito de Fajardo

LANDRON, DANIEL, n'08

Temple Univ. School of Med. '35

Medicina general

Hospital de Distrito de Fajardo

Matta Quiñones, Enrique, n'84

Jefferson Med. Coll. of Phila. '12

Medicina general

RAMOS LEBRON, JOSE, n'01

University of Georgia Sch. of Med. '28

Medicina general

ROMAN BENITEZ, MANUEL, n'94

Medical College of Virginia '15

Salud Pública

Unidad de Salud Pública

ROVIRA PALES, CARLOS, n'13

Tulane Univ. of Louisiana School
of Medicine '39

Hospital de Distrito de Fajardo

Tomasini, Mario J., n'15

Georgetown Univ. Sch. of Med. '39

Interno, Hospital de Distrito de Fajardo

VEVE CARRILLO, JUAN, n'81

Columbia University Coll. of Phys.
and Surgs. '05

Medicina general

GUANICA (Mayagüez)

GARCIA de QUEVEDO, J., n'95

Univ. de la Habana Facultad de Med. y
Farmacia '21

Medicina general

GUAYAMA (Guayama)

BONELLI, PABLO, n'87

Jefferson Med. Coll. of Phila. '06

Medicina general

DOMINGUEZ, RUBIO, TOMAS, n'95

Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of
Phys. and Surgs. '16

Pediatria

GARCIA SOLTERO, A., n'93

Jefferson Med. Coll. of Phila. '16

Obstetricia y Ginecología

Fuster, Jaime L., n'04

Medical Coll. of Virginia '34

Medicina general

Gorlin, Philip, n'09

Royal Coll. of Phys. and Surgeons of Edin-
burgh '35

Centro Antituberculoso

LOPEZ, HILTON L., n'12

Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys.
and Surgs. '38

Medicina general

Unidad de Salud Pública

MUÑOZ, JOSE M., n'63

Universidad de Sevilla '83

Medicina general

(no practica)

PEREZ, EDUARDO R., n'02

Syracuse Univ. Coll. of Med. '29

Otorrinolaringología

Vice-Pres. Asoc. Médica de Puerto Rico

GUAYANILLA (Mayagüez)

CLAYELL, LUIS C., n'99

New York Univ. Coll. of Med. '26

Medicina general

Cobián Alvarez, J. B., n'92

Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15

Medicina general

Centro médico rural

GUAYNABO (San Juan)

Zengotita Fernández, José D., n'79

Chicago Coll. of Med. and Sur. '14

Medicina general

Sanidad y Beneficencia

GURABO (Humacao)

ROJAS, ELI S., n'08

George Washington Univ. School of Med. '31

Medicina general

Sanidad y Beneficencia

HATILLO (Aguadilla)

García, Herminio D., n'00

Tulane Univ. of Louisiana School of Med. '21

Medicina general

HUMACAO (Humacao)

DOMINGUEZ, CESAR, n'96

Jefferson Med. Coll. of Phila. '20

Pediatria

Miembro del Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico

GONZALEZ, HECTOR M., n'07

Univ. of Louisville Sch. of Med. '31

Cirugía Industrial

Clínica de Enfermedades Venéreas

MEJIA RUIZ, R., n'00

George Washington Univ. Sch. of Med. '32

Oftalmología y Otorrinolaringología

Miembro del Consejo de la Asociación Médica de Puerto Rico

Franceschi Juliá, F. J., n'07

Université de Paris Faculté de Médecine '37

Medicina general

Centro Antituberculoso

MEJIAS, FRANCISCO J., n'93

Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '16

Análisis Clínico

MUGRAGE, RALPH M., n'04

Univ. of Cincinnati Coll. of Med. '32

Cirugía

Ryder Memorial Hospital

PALOU, PEDRO J., n'72

Universidad Central de España Facultad de

Medicina '04

Medicina general

PRESSLY, J. M. S., n'86

Vanderbilt Univ. Sch. of Med. '10

Obstetricia

RINCON, VICTOR, n'04

George Washington Univ. Sch. of Med. '28

Cirugía

Oms, Luis R., n'13

Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '38

Medicina general

Beneficencia

SKERRETT, VICTOR, n'08

University of Louisville Sch. of Med. '33

Medicina general

Taylor, John S., n'12

Univ. of Pa. Sch. of Med. '38

Medicina general

Ryder Memorial Hospital

TROCHE DE MEJIA, CARMEN, n'09

George Washington Univ. Sch. of Med. '32

Ginecología

ISABELA (Aguadilla)

CARDONA, JOSE NESTOR de, n'09

Hahnemann Med. Coll. and Hospital of Philadelphia '35

Cirugía

Unidad de Salud Pública

JAYUYA (Ponce)

ARENA, NICOLAS, n'68

Regia Università di Napoli Facoltà di Medicina e Chirurgia '98

Oftalmología

Sanidad y Beneficencia

JUANA DIAZ (Ponce)

CASANOVA, A. J., n'93

Chicago Coll. of Med. and Surg. '17

Medicina general

Sanidad y Beneficencia (Villalba)

- MUNOZ, JUSTO LUIS, n'98
Univ. of Georgia Sch. of Med. '25
Medicina general
Beneficencia
- Vélez, Modesto, n'89
Georgetown Univ. Sch. of Med. '13
Medicina general
Unidad de Salud Pública
- JUNCOS (Humacao)*
- COSTAS, JAIME L., n'14
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '38
Medicina general
Clínica de Enfermedades venéreas
- LAUGIER, JUAN R., n'92
Chicago Coll. of Med. and Surg. '16
Medicina general
Unidad de Salud Pública
- LAJAS (Mayagüez)*
- BLANCO, RAFAEL ANGEL, n'09
Vanderbilt Univ. Sch. of Med. '36
Medicina general
- LARES (Aguadilla)*
- ARRACHE, PLACIDO, n'05
Univ. of Louisville Sch. of Med. '33
Medicina general
Unidad de Salud Pública
- VALLECILLO, LUIS A., n'14
Rush Med. College '39
Medicina general
- SEIN y SEIN, FRANCISCO, n'70
Universidad de Zaragoza Facultad de Med. '93
Medicina general
- LAS MARIAS (Aguadilla)*
- HERNANDEZ del VALLE, PEDRO, n'97
Universidad de Sevilla '31
Medicina general
Centro médico rural
- MANATI (Arecibo)*
- HERNANDEZ RIVERA, JOSE A., n'93
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
Medicina general
- MARCHAND, JUAN S., n'92
Univ. of Illinois Coll. of Med. '16
Medicina general
- OTERO LOPEZ, A., n'90
Chicago Coll. of Med. and Surg. '16
Medicina general
Clínica de Enfermedades venéreas
- Rivera de Díaz, María Elisa, n'87
Woman's Med. Coll. of Baltimore '09
Medicina general
- RODRIGUEZ BUXO, R., n'08
Univ. of Louisville Sch. of Med. '33
Medicina general
Beneficencia
- VAZQUEZ, RAFAEL S., n'94
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '19
Pediatria
Unidad de Salud Pública
- aZragoza, Bernardo, n'92
Univ. de Valencia, España '16
Medicina general
Centro médico rural
- MAUNABO (Guayama)*
- Giol Texidor, Alejandro, n'63
Bellevue Hospital Med. Coll. '90
Medicina general
- MAYAGUEZ (Mayagüez)*
- ARANA SOTO, SALVADOR, n'08
Université de Toulouse Faculté de Médecine et de Pharmacie '35
Medicina general - Ave. 11 de agosto
- Arrarás, José Enrique, n'02
Temple Univ. Sch. of Med. '26
Medicina general - McKinley 30
- CABAN, EDELMIRO J., n'94
Loyola Univ. Sch. of Med. '16
Medicina general - Méndez Vigo 129
- Carlo Aymat, Enrique, n'10
Université de Lausanne Faculté de Méd. '35
Medicina general - De Hostos 165
- CASALDUC, FRANCISCO J., n'00
Medical College of Virginia '21
Urología - McKinley 30
- COLON, RAMON T., n'98
George Washington Univ. Sch. of Med. '24
Tuberculosis
Centro Antituberculoso

- FERRER DELGADO, TOMAS, n'07
 Université de Montpellier Faculté de Médecine '36
 Medicina general - Santiago Veve 93
- GONZALEZ, JOSE FELIPE, n'92
 Univ. of Md. School of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '16
 Cirugía - Clínica Betances
- GUZMAN RODRIGUEZ, MANUEL, n'92
 Chicago Coll. of Med. and Surg. '15
 Radiología
 Centro Antituberculoso
 (actualmente en servicio militar)
- Lange, Rafael U., n'74
 Universidad de Barcelona Facultad de Medicina '98
 Medicina general - Blvd. de Diego
- Lassisse Rivera, A., n'86
 Baltimore Medical College '11
 Medicina general - Coronel Soto 7
 Clínica de Enfermedades venéreas
- Lassisse Sierra, L., n'81
 Baltimore Medical College '12
 Medicina general - Ave. 11 de agosto
- MARTY PEREZ, RANDOLFO, n'98
 Univ. of Arkansas Sch. of Med. '25
 Cirugía - Ave. 11 de agosto 48
- MORA DE NOCHERA, MARIA T., n'97
 Woman's Med. Coll. of Pa., '23
 Medicina general - Ave. Nereidas 1
 Unidad de Salud Pública
- NOCHERA, DOMINGO, n'98
 Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '24
 Medicina general - Ave. Nereidas 1
 Unidad de Salud Pública
 Pres. Asoc. Médica Dto. Mayagüez
- PEREA, ALFREDO AUGUSTO, n'14
 Queen's Univ. Fac. of Med. '39
 Medicina general
- PEREA, LUIS R., n'10
 Dalhousie Univ. Faculty of Med. '36
 Medicina general
 Clínica de enfermedades venéreas
- PEREA, NELSON, n'09
 Queen's University Faculty of Med. '36
 Medicina general - Mayagüez and Western Polyclinic
 Secretario, Asoc. Med. Dto. Mayagüez
- RAMIREZ, RAMON E., n'97
 Univ. of Pa. Sch. of Med. '23
 Pediatría - Méndez Vigo 80
- Sánchez Escobar, A., n'05
 Medical Coll. of Virginia '31
 Medicina general
 Quarantine Station
- MOROJIS (Arecibo)
- RIO, JUAN DEL, n'96
 Temple Univ. Sch. of Med. '24
 Salud Pública
 Unidad de Salud Pública
- Polanco González, J., n' 95
 Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '19
 Medicina general
 Sanidad y Beneficencia
- NAGUABO (Humacao)
- RIOS, RAMON A., n'92
 Chicago Coll. of Med. and Surg. '15
 Medicina general
 Unidad de Salud Pública
- OROCOFIS (Ponce)
- CINTRON MOTTA, JULIO, n'73
 Univ. de Barcelona Fac. de Med. '89
 Medicina general
 Sanidad y Beneficencia
- PONCE (Ponce)
- Armstrong, Rafael T., n'10
 Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '37
 Centro Antituberculoso
- BALASQUIDE, LORENZO A., n'99
 Loyola Univ. Sch. of Med. '24
 Obstetricia y Ginecología
 Clínica Dr. de la Pila
- BARALT, MANUEL M., n'13
 George Washington Univ. Sch. of Med. '37
 Medicina general - Hospital Tricoche
- BARTOLOMEI RODRIGUEZ, LUIS, n'96
 Loyola Univ. Sch. of Med. '22
 Obstetricia - Hospital Distrito
 Hospital Santo Asilo de Damas
- BIERLEY, JOHN R., n'08
 Univ. of Cincinnati Coll. of Med. '34
 Cirugía - Hospital San Lucas
- RAMIREZ CUERDA, T., n' 89
 Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '11
 Cirugía - St. Mary's Hospital

- RIVERA, FRANK O., n'93
Syracuse Univ. Coll. of Med. '23
Cirugía - Hospital San Antonio
- SANTOS TIO, LUIS F., n'87
University of the South Med. '09
Medicina general - Candelaria 23
- BIRD, JORGE, n'87
Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '14
Análisis clínico - Laboratorio Biológico del
Depto. de Sanidad
- Cardona, Guillermo, n'04
Université de Paris Fac. de Med. '35
Hospital de Tuberculosis
- CASTAING, PEDRO A., n'96
Rush Medical College, Univ. of Chicago '23
Medicina general - Unión 30
Secretario, Asoc. Méd. Dtto. Ponce
- CLAVELL, JUAN E., n'00
Tufts Coll. Med. Sch. '31
Medicina general - Clínica del Dr. Pila
- COSTAS DIAZ, JAIME, n'81
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys.
and Surgs. '10
Medicina general
Hospital San Lucas
- COSTAS PURCELL, ENRIQUE, n'92
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15
Oftalmología - Marina 10
- Cuello, Leovigildo, n'88
Université de Paris Faculté de Médecine '21
Medicina general - Cristina 12
- de Diego, Manuel, n'08
Jefferson Med. Coll. of Phila. '34
Medicina general - Concordia 1
- de JESUS, FRANCISCO R., n'91
Cornell Univ. Med. College '12
Cirugía - Aurora esq. Marina
Miembro del Tribunal Examinador de Mé-
dicos de Puerto Rico.
- de la PILA IGLESIAS, MANUEL, n'84
Universidad de Barcelona Facultad de Medi-
cina '06
Medicina Interna - Clínica Quirúrgica Dr.
Pila
Delegado de la Asoc. Médica de P. R. a la
Asociación Médica Americana
- GANDARA, JOSE N., n'07
Long Island College of Medicine '33
Medicina Interna
Clínica Quirúrgica del Dr. Pila
- GELPI, WILLIAM R., n'04
Jefferson Med. College of Phila. '27
Cirugía - Hospital Tricoche
Presidente, Asoc. Médica del Dtto. Ponce
- GONZALEZ FLORES, JOSE R., n'13
Jefferson Med. Coll. of Phila. '38
Medicina general - Clínica Quirúrgica del
Dr. Pila
- Gowe, Donald F., n'05
New York Univ. Coll. of Med. '28
Medicina general - Hospital San Lucas
- Goldsmith, Murray, n'09
University of Berne, Switzerland '36
Hospital Antituberculoso
(no ha revalidado)
- GOYCO, OSVALDO A., n'87
Syracuse Univ. Coll. of Med. '11
Medicina interna
Hospital de Distrito
- Kirmse, T.,
Hospital de Tuberculosis
- Kirmse, T. W., n'07
Rush Medical College '34
Medicina general
Hospital de Tuberculosis
(No ha revalidado aún)
- LANAUZE ROLON, JOSE A., n'93
Howard Univ. Coll. of Med. '21
Medicina general - Vives 21
- Maldonado Quiñones, Ramón, n'03
New York Univ. Coll. of Med. '28
Medicina general - Muñoz Rivera 444
- MONTALVO GUENARD, J. L., n'85
Baltimore Medical College '11
Oftalmología
Asilo de Ciegos
- Oms, Américo, n'79
Univ. de Barcelona Facultad de Medicina '01
Medicina general - Estrella 1
- PASSALACQUA, LUIS A., n'98
George Washington Univ. Sch. of Med. '25
Cirugía - Clínica Dr. Pila
(actualmente en servicio militar)
- PEREZ MARCHAND, DOLORES, n'87
Woman's Medical Coll. of Pa. '11
Medicina general - Ave. Hostos 22
- PIETRI, AGUSTIN, n'87
New York Univ. Coll. of Med. '08
Cirugía - Concordia 52
- QUILICHINI, CARLOS A., n'12
George Washington Univ. Sch. of Med. '37
Medicina general - Hospital Tricoche
- RIERA LOPEZ, MARIANO, n'95
Temple Univ. Sch. of Med. '16
Medicina general - Central Mercedita

- RODRIGUEZ, CALIXTO, n'92
Jefferson Med. Coll. of Phila. '17
Análisis Clínico - Reina 1
- RODRIGUEZ del VALLE, ELVIRA, n'08
Woman's Med. Coll. of Pa. 31
Tuberculosis
Unidad de Salud Pública
- SALAZAR, GUILLERMO, n'80
Universidad de Barcelona Facultad de Medicina '03
Tuberculosis - Centro Antituberculoso
- SANTAELLA, ALVARO, n'87
Maryland Medical College '09
Cirugía
Clínica Quirúrgica del Dr. Pila
- SANTOS, LEANDRO, n'99
Université de Paris Faculté de Médecine '29
Tuberculosis - Hospital de Tuberculosis
- SCARANO, CATALINA, n'14
Med. Coll. of Virginia '39
Interna, Clínica Quirúrgica del Dr. Pila
- SERRA COLON, AMERICO, n'00
Rush Medical College '25
Cirugía - Santo Asilo de Damas y Hospital de Distrito
- SERRA COLON, ROBERTO, n'08
St. Louis Univ. Sch. of Med. '34
Medicina general
Santo Asilo de Damas
- Suárez, Florencio, n'58
Universidad Literaria de Valladolid Facultad de Medicina '81
No practica
- VILLAMIL, JOSE R., n'93
George Washington Univ. Sch. of Med. '17
Medicina general - Unidad de Salud Pública
- YORDAN, LUIS A., n'93
New York Univ. Coll. of Med. '17
Radiología - Marina 21
- QUEBRADILLAS* (Aguadilla)
- SILVA NAVARRO, A., n'97
St. Louis Univ. Sch. of Med. '22
Obstetricia
- RIO GRANDE* (Humacao)
- GONZALEZ, LUIS F., n'93
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15
Medicina general
- ORPI, PEDRO, n'12
Temple Univ. Sch. of Med. '39
Medicina general
Unidad de Salud Pública
- RIO PIEDRAS* (San Juan)
- ALONSO, MIGUEL, n'11
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '35
Otorrinolaringología
Clínica Pereira Leal
- Acosta, Raúl R., n'07
Hahnemann Med. Coll. and Hospital of Philadelphia '39
Medicina general - Sanatorio Insular
- BAJANDAS, JUAN G., n' 82
Maryland Medical College '04
Medicina general - Arsuaga 2
- BONETA, LUIS C., n'86
Baltimore Medical College '08
Medicina general - Arsuaga 1
Comisión Industrial - San Juan
- BOU, ALFREDO V., n'94
Univ. of Michigan Med. Sch. '21
Medicina general
- DAVILA, BASILIO, n'02
Univ. of Pa. Sch. of Med. '29
Cirugía
Clínica Pereira Leal
- DAVILA, JOSE E., n'97
George Washington Univ. Sch. of Med. '25
Medicina general - Muñoz Rivera 60
- DOMINGUEZ, CARLOS A., n'08
Dalhousie Univ. Faculty of Med. '36
Medicina general
Manicomio Insular
- ESPINOSA ROBLEDO, M., n'08
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '33
Medicina general - Arsuaga 72
Clínica Pereira Leal
- FERNANDEZ GARCIA, EUGENIO, n'88
Rush Medical College, Univ. of Chicago '15
Tuberculosis - Clínica Fernández García (Hato Rey)
- FERNANDEZ, MARIO C., n'98
Jefferson Med. Coll. of Phila. '24
Psiquiatría - (Hato Rey)
- FRANCO SOTO, JOSE A., n'75
Universidad de Santiago Facultad de Med. Tuberculosis - Sanatorio Insular
Harvard Medical School '32
- GAETAN ROBERTS, L., n'07
Tuberculosis - Sanatorio Insular

- GARCIA, DAVID E., n'05
George Washington Univ. Sch. of Med. '29
Tuberculosis - Clínica Fernández García
Secretario, Asoc. Médica de P. R. (Hato Rey)
- GARCIA de QUEVEDO, LUIS, n'79
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '04
Tuberculosis - Sanatorio Insular
- GARCIA UBARRI, ANGEL, n'86
Atlantic Medical College '09
Medicina general
Centro Médico rural
- GARRIDO COLLAZO, J., n'02
Medical College of Virginia '27
Pediatria - José de Diego 30
Miembro del Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico
- GODINEZ, MARCOS ANTONIO n'09
Georgetown Univ. Sch. of Med. '33
Obstetricia - Muñoz Rivera 1
Clínica Pereira Leal
Hospital de Distrito de Bayamón
- GONZALEZ, CARLOS, n'89
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '15
Medicina general - Giorgetti 1
- JANER, ANA, n'88
Woman's Med. Coll. of Baltimore '10
Psiquiatria - Manicomio Insular
- JIMENEZ, JOSE D., n'00
Univ. de la Habana Facultad de Medicina y Farmacia '26
Psiquiatria - Clínica Dr. Juliá (Hato Rey)
- JULIA, MARIO, n'89
Loyola University School of Medicine '18
Neurología y Psiquiatria
Clínica Dr. Juliá (Hato Rey)
- MALDONADO, EDUARDO D., n'09
Columbia University College of Phys. and Surgs. '36
Medicina general - Centro Antituberculoso
- MASSANET, CARLOS L., n'84
Medical College of Virginia '16
Neurología y Psiquiatria - Manicomio Insular
- Meléndez Santiago, Juan, n'92
Chicago Medical School '25
Medicina general - Leprocomio Insular
- Hernández Matos, José A., n'07
Univ. Nacional de México '34
Medicina general - Sanatorio Insular
- MENENDEZ MERCADO, JOSE, n'01
Universidad Central de España Facultad de Medicina '30
Medicina general - Muñoz Rivera 83
- Muñoz Vázquez, Rafael, n'07
Université de Paris Faculté de Médecine '34
Medicina general - Hospital Municipal - Clínica de Enfermedades venéreas
- PIÑERO, DOLORES M., n'92
Coll. of Phys. and Surgs. Boston '13
Medicina general - Manicomio Insular
- POU VALLBEJULI, JAIME F., n'11
Univ. of Pa. Sch. of Med. '35
Tuberculosis
Clínica Fernández García (Hato Rey)
- RAMIREZ SANTOS, RAFAEL, n'01
Tulane Univ. of Louisiana School of Med. '27
Pediatria - Vallejo 51
- REINHARDT VALCOURT, ALICE, n'02
Woman's Med. Coll. of Pa. '27
Tuberculosis - Sanatorio Insular
- Rodríguez Ollerós, Angel, n'05
Universidad Central de España Facultad de Medicina '29
(no ha revalidado) - Clínica Pereira Leal
- ROLDAN ANCHORIZ, AMALIO, n'80
Universidad de Zaragoza Facultad de Medicina '02
Cirugía - Auxilio Mutuo (Hato Rey)
- SALIVIA, LUIS A., n'90
Ohio State Univ. Coll. of Med. '13
Análisis clínico - José de Diego 36
- SMITH, JACOB, n'06
Rush Medical College '33
Cirugía - Sanatorio Insular
- Rivera Lugo, Ildefonso, n'13
Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '37
Medicina general
- Soto Ramos, José, n'05
Univ. de Paris Fac. de Med. '38
Medicina general
- VALLECILLO MANDRY, ARSENIO, n'83
Universidad de Santiago Facultad de Medicina '08
Medicina general
Unidad Salud Pública - Bayamón
- VILAR, RAFAEL A., n'04
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '29
Salud Pública - Unidad de Salud Pública
- SABANA GRANDE* (Mayagüez)
- Garcés, Julio Enrique, n'02
Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '29
Medicina general

- LASSISSE RIVERA, ENRIQUE, n'90
 Baltimore Medical College '13
 Medicina general
 Beneficencia
 SALINAS (Guayama)
- CARDONA, JUAN P., n'97
 Univ. of Pa. Sch. of Med. '23
 Medicina general
- PEÑA, JOSE ANTONIO, n'03
 Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '28
 Medicina general
 Beneficencia
- RUIZ DE PORRAS, FRANCISCO, n'97
 Univ. of Georgia Sch. of Med. '26
 Medicina general
 Unidad de Salud Pública
- SAN GERMAN (Mayagüez)
- GOTAY, JOSE B., n'95
 Loyola Univ. Sch. of Med. '16
 Salud Pública
 Unidad de Salud Pública
- QUIÑONES, EDGARDO, n'93
 Jefferson Med. Coll. of Phila. '16
 Ginecología
 Clínica de Enfermedades venéreas
- SANABRIA, NICOLAS, n'85
 Jefferson Med. Coll. of Phila. '12
 Cirugía
- TRELLES, LAUREANO, n'98
 George Washington Univ. School of Med. '25
 Medicina general
- SAN JUAN (San Juan)
- ALFARO DIAZ, FELIX, n'91
 Medical College of Virginia '16
 Medicina general - Feria 12, Santurce
 Unidad de Salud Pública
 Miembro del Consejo de la Asoc. Med. de P. R.
- ALFARO DIAZ, EMILIO, n'81
 National Medical University, Chicago '11
 Medicina general - Fernández Juncos 166
 Santurce
 Beneficencia
- ALONSO, JOSE J., n'99
 Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '24
 Cirugía - Hospital San José, Santurce
- ARBONA, ANTONIO, n'88
 Long Island College of Medicine '12
 Salud Pública
 Sub-Comisionado de Sanidad
- ARBONA, GUILLERMO, n'10
 St. Louis Univ. Sch. of Med. '34
 Salud Pública - Belaval 10 - Santurce
 Unidad Salud Pública, Río Piedras
- ARRUZA, JUAN P., n'02
 Syracuse Univ. Sch. of Med. '26
 Tuberculosis - Parque 70 - Santurce
 Centro Antituberculoso
- AYBAR, JOSE A., n'05
 George Washington Univ. Sch. of Med. '31
 Medicina general - Gertrudis 20
 Santurce
- BABCOCK, LEVIS C., n'71
 Medico-Chirurgical Coll. of Phila. '97
 Oftalmología - Allen 55 - San Juan
- BARBOSA GUILLERMO H., n'89
 Univ. of Michigan Med. School '12
 Cirugía
 Hospitales de la Capital - Santurce
 Instituto Médico Quirúrgico - San Juan
- BARRERAS, MARIA CRISTINA, n'07
 Université de Paris Faculté de Médecine '33
 Ginecología - Ponce de León 172 - Santurce
 Clínica de Enfermedades venéreas
- BAYONET, NATALIO, n'09
 Université de Paris Faculté de Médecine '34
 Urología - Salvador Brau 80 - San Juan
 (Actualmente en servicio militar)
- BELAVAL, JOSE S., n'79
 Jefferson Med. Coll. of Phila. '04
 Obstetricia - Ponce de León 217
 Santurce
- BERNABE, ADOLFO, n'94
 Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '20
 Otorrinolaringología - Salvador Brau 61 - San Juan
 Hospital de Distrito de Fajardo
- BERNABE, RAFAEL, '90
 College of Phys. and Surgeons of Balt. '13
 Oftalmología - Salvador Brau 61 - San Juan
- BERRIOS BERDECIA, RAMON, n'92
 Loyola Univ. Sch. of Med. '17
 Salud Pública - Depto. Sanidad - Santurce
 Director de los Centros médicos rurales
- Biamón, Luis L., n'82
 Universidad Central de Venezuela '06
 Medicina interna - Unión 13, Santurce
- Biascoechea, Diego A., n'92
 Harvard Medical School '16
 Medicina general - Ponce de León 280
 Santurce

- BLADUELL, HECTOR A., n'05
 Boston Univ. Sch. of Med. '28
 Urología - San Justo 17 - San Juan
 Secretario, Junta Insular de Sanidad
- Blanco, Tomás F., n'96
 Georgetown Univ. Sch. of Med. '24
 Director del Negociado de Educación Médica del Departamento Insular de Sanidad
- BLANES, RAFAEL A., n'14
 Georgetown Univ. Sch. of Med. '38
 Urología - Ponce de León 94 - Santurce
- BOND, ELWOOD M., n'84
 Hahnemann Med. Coll. and Hospital of Philadelphia, '08
 Pediatría - Ponce de León 54 - Santurce
- BORRAS RIVERA, BARTOLOME, n'11
 Temple Univ. Sch. of Med. '36
 Medicina general - Tapia 51 - Santurce
 Sanidad y Beneficencia, Dorado
- BOU, ALFREDO L., n'95
 Georgetown Univ. Sch. of Med. '20
 Dermatología - Ponce de León 93
 Santurce
- Brady, Frederick Jonathan, n'08
 Univ. of Mich. Med. Sch. '31
 Salud Pública
 U. S. Public Health Service - San Juan
- BUSO CARRASQUILLO, ROBERTO, n'12
 Université de Paris Faculté de Médecine '37
 Medicina general - Hospital Mimiya
 (Actualmente en servicio militar)
- CABALLERO, MARIANO B., n'85
 University Coll. of Med. Richmond '09
 Oftalmología y Otorrinolaringología
 Edificio Plaza - San Juan
 Miembro del Tribunal Examinador de Médicos
- Cann, W. S., n'01
 Stanford Univ. Sch. of Med. '29
 Cirugía
 Lieut., M. C., U.S.A.
 Base Naval
- CAPO, FRANCISCO J., n'92
 Medical Coll. of Virginia '17
 Medicina general
 Hospital de Medicina de la Capital
 Santurce
- Carballeira, José C., n'81
 Syracuse Univ. Coll. of Med. '05
 Lieut. Col. M. C. U. S. A.
 Depto. Militar de Puerto Rico
- CARRERA, GUILLERMO M., n'13
 Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '37
 Medicina general
 Hospital de la Universidad (Escuela de Medicina Tropical)
- CARRION, ARTURO L., n'93
 Universidad de la Habana Facultad de Medicina y Farmacia '19
 Dermatología - San Justo 27
 Escuela de Medicina Tropical
- CASANOVA DIAZ, JOSE R., n'10
 Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '37
 Medicina general - Ernesto Cerra 21 Santurce
- CASHION, MARVIN S., n'10
 Medical College of Virginia '37
 Cirugía - Hospital Presbiteriano
 Ave. Dr. Ashford, Parada 46, Santurce
- CASO, JOSE B., n'99
 Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs., '25
 Obstetricia - Hospital San José
 Ponce de León 142 - Santurce
- CASTRO, CARLOS M. de, n'93
 New York Med. Coll., Flower and Fifth Ave. Hospitals '18
 Oftalmología y Otorrinolaringología
 Ponce de León 147 - Santurce
- CHAVES, JOSE, n'99
 Boston Univ. Sch. of Med. '26
 Salud Pública - Belaval 8, Santurce
 Director de las Unidades de Salud Pública del Departamento Insular de Sanidad
- Cleve, Edward Alexander, n'08
 Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '33
 Capt. M. C. U. S. A.
 Depto. Militar de Puerto Rico
- Coll Cuchí, Víctor, n'85
 Maryland Medical College '08
 Medicina general
 Fondo del Seguro del Estado
- COLON, JULIO E., n'95
 George Washington Univ. Sch. of Med. '27
 Urología - Allen 60
- COMAS, ARSENIO, n'99
 Univ. of Georgia Sch. of Med. '29
 Cirugía - Hospitales de la Capital
 Santurce
- COOPER, ALEXANDER T., n'83
 Medico-Chirurgical Coll. of Phila. '07
 Medicina Interna
 Col. U. S. A. (retirado)
 Escuela de Medicina Tropical
- COSTA MANDRY, OSCAR G., n'98
 Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys.

- and Surgs. '21
Análisis clínico
Director, Laboratorios Biológicos del Depto. de Sanidad
Presidente, Asoc. Médica de P. R.
Secretario, Tribunal Examinador de Médicos
- Cuchí Coll, Enrique, n'06
Universidad Central de España Facultad de Medicina '33
Medicina general - Ave. Borinquen 18
Santurce
- CURBELO, PABLO, G, n'01
McGill Univ., Faculty of Med. '25
Urología - Salvador Brau 78 - San Juan
Hospital de Distrito de Bayamón
- Dangerfield, Clifford D., n'06
Univ. of Pa. Sch. of Med. '33
1st. Lieut. M. C. U. S. A.
Depto. Militar de Puerto Rico
- Denton, William, n'85
Cornell Univ. Med. Coll. '08
Col. M. C. U. S. A. - Station Hospital
- DIAZ ATILES, ALBERTO, n'08
George Washington Univ. Sch. of Med. '34
Pediatría - Ponce de León 307, Santurce
Hospital de la Universidad (Escuela de Medicina Tropical)
- DIAZ, RURICO S., n'12
Univ. of Louisville Sch. of Med. '39
Interno, Escuela de Med. Tropical
- Doan, H. W., n'07
State Univ. of Iowa Coll. of Med. '32
Capt., M. C., U.S.A.
Station Hospital
- FERNANDEZ, LUIS J., n'94
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '17
Oftalmología - Instituto Oftálmico de P. R.
- FERNANDEZ, RICARDO F., n'09
George Washington Univ. Sch. of Med. '31
Oftalmología - Inst. Oftálmico de P. R.
- TERNOS ISERN, ANTONIO, n'95
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15
Cardiología - Ave. de Diego 4, Santurce
- Ferrainolli, Francisco A., n'99
Université de Paris Faculté de Médecine '28
Cirugía - Clínica Industrial
- FERRER, JOSE C., n'92
Chicago Coll. of Med. and Surg. '16
Urología - Tetuán 5
Hospitales de la Capital y Hospital Presbiteriano
- FIGUEROA CARRERAS, LEOPOLDO, n'87
Univ. de la Habana, Facultad de Medicina y Farmacia '10
Obstetricia
Director, Hospital de Maternidad - Santurce
- FONT, JUAN II., n'95
Medico-Chirurgical Coll. of Phila. '16
Otorrinolaringología - Cruz 13
Hospital Presbiteriano
- FONT SUAREZ, VICENTE, n'93
Jefferson Med. Coll. of Phila. '19
Urología - Ponce de León 255, Santurce
Clínica de Enfermedades venéreas
San Juan
- Franceschi Caballero, Francisco, n'94
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '19
Medicina general - Edificio Tobacco Palace
- Francisco, Roberto Azize, n'16
Georgetown Univ. Sch. of Med. '39
Santurce
- GALLARDO DIAZ, J. A., n'09
Univ. de Lausanne Faculté de Médecine '38
Otorrinolaringología - Sal. Brau 84
(Actualmente en servicio militar)
- GARCIA CABRERA, ESTEBAN, n'89
Univ. of Pa. Sch. of Med. '12
Urología - Hospital San José, Santurce
- GARCIA de la TORRE, FELIX, n'82
Maryland Med. College '03
Salud Pública - Depto. de Sanidad
(Actualmente en servicio militar)
- GARCIA ESTRADA, MANUEL, n'99
Jefferson Med. Coll. of Phila. '29
Medicina general - San Agustín 44
Puerta de Tierra
- GARRIDO MORALES, EDUARDO, n'99
Med. Coll. of Virginia '24
Salud Pública
Comisionado de Sanidad de Puerto Rico
- GARRIDO MORALES, MANUEL, n'90
Chicago Coll. of Med. and Surg. '15
Jefe, U. S. Veterans' Bureau, San Juan
- GATELL, PALMIRA, n'90
Woman's Med. Coll. of Baltimore '10
Medicina general - Taft 7, Santurce
- GLINES, WALTER A., n'80
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '06
Urología - Tanea 2
Hospital Presbiteriano
- GONZALEZ MARTINEZ, ISAAC, n'71
Univ. de Barcelona Facultad de Medicina '97
Radiología - Ponce de León 269, Santurce

- GOULD, CHARIS, n'04
Syracuse Univ. Coll. of Med. '29
Obstetricia y Ginecología
Hospital Presbiteriano
- GRIFFITTS, THOS. H. D., n'78
Chattanooga Med. Coll. '03
Salud Pública
Director Regional, U. S. P. H. S.
- GUIJARRO COBIAN, ANTONIO, n'97
Tufts Coll. Med. Sch. '20
Urología - Depto. de Sanidad
(Actualmente en servicio militar)
- GUTIERREZ ORTIZ, VICTOR, n'72
Univ. de Zaragoza Fac. de Med. '98
Tuberculosis
Hospital Cuarentenario
- HARDY, A. V., n'97
Univ. of Toronto Fac. of Med. '24
Salud Pública,
Director, Escuela de Salud Pública
- HARGAN, WILLIAM, S., n'05
Univ. of Louisville Sch. of Med. '31
Capt. M. C., U.S.A.
Station Hospital
- GUZMAN, LUIS R., n'17
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll.
of Phys. and Surgs. '40
Interno, Hospital de la Universidad
(No ha revalidado aún)
- GUZMAN SOTO, J. de, n'84
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys.
and Surgs. '09
Medicina general - Clínica Industrial
- HERNANDEZ MORALES, FEDERICO, n'11
Med. Coll. of Virginia '35
Medicina general
Hospital de la Universidad
- HERRERO, BLAS C., n'95
Tufts Coll. Medical School '20
Medicina general - Director de Beneficencia
Presidente, Junta Insular de Sanidad
- JANER, MANUEL R., n'91
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '12
Cirugía - Medical Center de P. R. - Santurce
- JIMENEZ LOPEZ, ROBERTO J., n'09
Harvard Medical School '36
Medicina general - Clínica Miramar
(actualmente en servicio militar)
- JORDÁN, OCTAVIO, n'82
Medico-Chirurgical Coll. of Phila. '07
Medicina general - Cruz 15
- JUAN, ABEL de, n'95
Wayne Univ. Coll. of Med. '21
Salud Pública - Depto. de Sanidad
(Actualmente en servicio militar)
- JUAN, FERNANDO de, n'87
Univ. of Michigan Med. Sch. '11
Pediatria - Ponce de León III, Sant.
- JULIA, CARLOS M., n'08
Université de Paris Faculté de Médecine '35
Medicina general - Hospital Díaz García
(Actualmente en servicio militar)
- KODESH, J. B., n'11
Univ. of Berne, Switzerland '34
Medicina general - Ponce de León 99
Unidad de Salud Pública, Toa Baja
- KOPPISCH, ENRIQUE, n'04
Jefferson Med. Coll. of Phila. '27
Patología
Escuela de Medicina Tropical
- KRAFT, GEORGE L. n'09
Univ. of Illinois Coll. of Med. '35
Cirugía
Departamento de Sanidad
- KRAKOWER, CECIL A., n'07
McGill Univ. Fac. of Med. '32
Patología,
Escuela de Medicina Tropical
- LANDRON, JOSE, n'01
Syracuse Univ. Coll. of Med. '26
Radiología - Victory Garden Apts., Santurce
Hospital Presbiteriano
- LAUGIER, AGUSTIN R., n'88
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '14
Oftalmología y Otorrinolaringología
San Justo 4
Hospital de Distrito de Bayamón
- LAVANDERO NIEVES, RAMON, n'87
Universidad Central de España Facultad de
Medicina '12
Escuela de Medicina Tropical
- Leland, Louis S., n'12
Wayne Univ. of Med. '36
Capt. M. C. U.S.A.
Departamento Militar de Puerto Rico
- Lippitt, William F., n'65
Univ. of Virginia Dept. of Med. '84
Salud Pública - Depto. de Sanidad
- LOPEZ DE LA ROSA, LEANDRO, n'89
Jefferson Med. Coll. of Phila. '15
Cirugía - Clínica Miramar - Santurce
- LOPEZ NUSSA, RAFAEL, n'85
Georgetown Univ. Sch. of Med. '06
Ginecología - Ave. Dr. Ashford, Santurce
- MALARET TIO, PEDRO S., n'91
Medico-Chirurgical Coll. of Phila. '12

- Maldonado, Rafael, n'08
Temple Univ. Sch. of Med. '32
Medicina general - Hospital 12, Santurce
- MARCHAND, ANGEL M., n'12
Western Reserve Univ. Sch. of Med. '35
Medicina general - Ponce de León 177
Santurce
Salud Pública
Sub-Comisionado de Salud Pública
- MARIANI, MIGUEL A., n'94
Emory Univ. Sch. of Med. '16
Oftalmología y Otorrinolaringología
Ponce de León 177, Santurce
Hospital de Distrito de Bayamón
- MARRERO OTERO, HECTOR R., n'07
Université de Paris Faculté de Médecine '36
Pediatría - Clínica San Antonio
Santurce
- MARTINEZ ALVAREZ, ANTONIO, n'85
Albany Medical College '11
Medicina general - Patología
Instituto Médico Quirúrgico, San Juan
Hospitales de la Capital, Santurce
- MARTINEZ RIVERA, EZEQUIEL, n'97
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '21
Salud Pública - Director Auxiliar,
Unidades de Salud Pública
P. O. Box 128 - Hato Rey
Editor y Administrador, Boletín de la Asoc. Médica de Puerto Rico
- Martínez Rodríguez, José, n'93
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '17
Medicina general - Ave. Ponce de León, Parada 16½, Santurce
- MAYMI, JOSE R., n'05
Université de Paris Faculté de Médecine '36
Neurología y Psiquiatría - Avenida Fernández Juncos, Parada 26, Santurce
- MENDEZ CASHION, DOLORES, n'15
Medical College of Virginia '37
Pediatría - Hospital Presbiteriano
- Mendín Sabat, José, n'93
Chicago Coll. of Med. and Surg. '15
Medicina general - Ponce de León 216
Santurce
- Mercado, Clemente B., n'85
Howard Univ. Coll. of Med. '10
Urología - Allen 7
- MOCZO, LUIS R., n'94
Ohio State Univ. Coll. of Med. '25
Pediatría - Ave. Ponce de León 198
- Hospitales de la Capital
- MONTALVO GUENARD, ANDRES, n'82
Baltimore Med. College '12
Tuberculosis - Duffaut 24, Santurce
Centro Antituberculoso, San Juan
- Moutenegro, José D., n'70
Universidad Central de Venezuela '93
Medicina general - San Justo 11
- Mora, Ramón S., n'65
Universidad Central de Venezuela '93
Medicina general - San José 4, Santurce
- MORALES MUÑOZ, MANUEL, n'94
Chicago Coll. of Med. and Surg. '15
Salud Pública - De Diego 12, Santurce
Depto. de Sanidad
- MORALES, LUIS M., n'04
Medical College of Virginia '26
Neurología y Psiquiatría - Ave. de Diego 1, Santurce
Presidente, Asoc. Méd. del Dtto. de San Juan
- MORALES OTERO, PABLO, n'96
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '19
Bacteriología
Escuela de Medicina Tropical
- MORENO, NARCISO, n'83
Chicago Coll. of Med. and Surg. '13
Medicina general - Ave. Ponce de León 238, Santurce
- MUNDO, FRANCISCO E., n'00
Syracuse Univ. Coll. of Med. '27
Medicina general - Victory Garden Apts., Santurce
- MUJICA, AGUSTIN, n'97
Jefferson Med. Coll. of Phila. '19
Urología - Edificio Plaza
- MUÑOZ DIAZ, GUSTAVO, n'70
Universidad Central de España Facultad de Medicina Madrid '97
Medicina general
Ave. Ponce de León, Parada 21, Santurce
- MUÑOZ MacCORMICK, CARLOS E., n'07
Boston Univ. Sch. of Med. '30
Otorrinolaringología
Terraza del Parque 4, Santurce
Secretario, Asoc. Médica del Distrito de San Juan
- NAVAS TORRES, ANTONIO, n'94
Jefferson Med. Coll. of Phila. '20
Oftalmología - Victory Garden Apts., Sant.
- NOYA BENITEZ, JOSE, n'07
Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '30
Cirugía - Escuela de Medicina Tropical

- Hospital Mimiya, Santurce
 Odom, Stanley G., n'88
 Birmingham Medical College '13
 Oftalmología
 Lieut. Col., M. C. U.S.A.
- OLIVERAS GUERRA, A., n'98
 George Washington Univ. Sch. of Med. '24
 Cirugía - Hospital Díaz García
- ORTIZ, ANTONIO, n'06
 Harvard Medical School '29
 Pediatría - Ave. de Diego 1, Santurce
 Hospital Presbiteriano
- ORTIZ GUZMAN, GUILLERMO, n'95
 Loyola Univ. Sch. of Med. '19
 Medicina general
 Unidad de Salud Pública
- ORTIZ ROMEU, ALFREDO, n'95
 Univ. of Tenn. Coll. of Med. '19
 Obstetricia - Ponce de León 170
- PAVIA FERNANDEZ, MANUEL, n'96
 Chicago Coll. of Med. and Surg. '17
 Medicina interna - Terraza del Parque 6, Santurce
 Hospital Díaz García
- PETERSON, JEROME S., n'03
 Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '31
 Tuberculosis - Departamento de Sanidad
- PFUETZE, ROBERT E., n'09
 Univ. of Kansas Sch. of Med. '35
 Medicina general - Nairn 5, Santurce
 Hospital Presbiteriano
- PICO, Guillermo, n'15
 Univ. of Maryland Sch. of Med. '40
 Interno, Hospital de la Universidad
 (No ha revalidado aún)
- PICO, JOSE TEODORO, n'09
 Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '33
 Otorrinolaringología - O'Donnell 12
- PISERO FERNANDEZ, RAMON, n'00
 Université de Paris Faculté de Médecine '33
 Medicina general - Fondo del Seguro del Estado
- PLA, JOSE SALVADOR, n'99
 Temple Univ. Sch. of Med. '27
 Obstetricia y Ginecología
 Ave. Dr. Ashford - Pda. 46, Santurce
 Hospital Presbiteriano
- PONS, JUAN A., n'03
 Jefferson Med. Coll. of Phila. '28
 Medicina interna - Edificio Banco Popular
 Hospital Presbiteriano
- PUJADAS DIAZ, MANUEL, n'88
 College of Phys. and Surgs. of Baltimore '14
 Pediatría - Ave. San Jorge, Parada 43½, Santurce
 Miembro del Consejo de la Asociación Médica de Puerto Rico
- QUEVEDO BAEZ, MANUEL, n'65
 Universidad Central de España Facultad de Medicina '94
 Medicina general - Ave. Fernández Juncos 171, Santurce
- QUISONES, NORBERTO A., n'95
 Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '21
 Análisis clínico - Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad
- QUINTERO, ERNESTO, n'95
 Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '20
 Urología - Américo Salas 4, Santurce
 Jefe de la División de Enfermedades venéreas del Departamento de Sanidad
- QUISONES, JESUS MARIA, n'02
 Univ. of Michigan Med. Sch. '24
 Medicina general - Ave. Fernández Juncos 162, Santurce
 Fondo del Seguro del Estado
- RAMOS CASELLAS, PEDRO, n'83
 Syracuse Univ. Coll. of Med. '07
 Radiología - Ponce de León - Victory Garden Apts., Santurce
 Hospital de Distrito de Bayamón
- RAMOS OLLER, ANTONIO, n'10
 Jefferson Med. Coll. of Phila. '36
 Medicina general - Hospital Díaz García, Santurce
- REYES, ANTONIO R., n'95
 Loyola Univ. Sch. of Med. '17
 Proctología - Terraza del Parque 2, Santurce
 División Enfermedades venéreas, Departamento de Sanidad
- RIERA LOPEZ, S., n'00
 Boston Univ. Sch. of Med. '27
 Salud Pública
 Negociado de Epidemiología del Departamento de Sanidad
- RIVERA OTERO, JESUS M., n'08
 Université de Paris Faculté de Médecine '33
 Urología - Hospital San José, Santurce
- ROBERT DE ROMEU, MARTA, n'90
 Tufts Coll. of Med. Sch. '14
 Obstetricia y Ginecología
 División de Salud Maternal del Departamento de Sanidad

- RODRIGUEZ EMA, MANUEL, n'05
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '31
Medicina general - Ponce de León 170
- RODRIGUEZ MOLINA, RAFAEL, n'01
Medical College of Virginia '26
Medicina interna - Escuela de Medicina Tropical, San Juan
Hospital San Alberto, Bayamón
- RODRIGUEZ PASTOR, JOSE, n'95
Jefferson Med. Coll. of Phila. '21
Tuberculosis - Cruz 15,
Jefe, División de Tuberculosis del Departamento de Sanidad
- ROLENSON, JULIO R., n'89
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '16
Cirugía - Ponce de León, Parada 26, Santurce
- ROSELLO, JUAN ANTONIO, n'13
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '38
Medicina general - Hospital Presbiteriano
- ROSES ARTAU, MIGUEL, n'74
Maryland Medical College '04
Radiología - Ponce de León 197, Sant.
- RUIZ CESTERO, GUILLERMO, n'01
Univ. Central de España Facultad de Medicina '27
Radiología - Hospital de la Universidad - Departamento de Sanidad
- RUIZ NAZARIO, RAMON C., n'92
George Washington Univ. School of Med. '18
Análisis clínico - Escuela de Medicina Tropical - Hospital San José
- SABATER, JUAN, n'05
Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '39
Medicina general - Ponce de León 194,
Santurce - Hospital Mimiya
- SANCHEZ, AGUSTIN, n'96
Syracuse Univ. Coll. of Med. '21
Medicina general - Cruz 11
- SANJURJO, LUIS A., n'11
Université de Paris Faculté de Médecine '35
Urología - Station Hospital
- Santana Nater, A., n'78
College of Phys. and Surgeons, Boston '09
Medicina general - Ribot 4, Santurce
- Santiago, J. W. Dwight, n'14
Medical College of Virginia '38
Medicina general - Hospital Presbiteriano
- Schlosser, Elise G., '07
Cornell Univ. Med. Sch. '33
Análisis clínico
- Depto. de Sanidad
- SEGARRA, ELIAS C., n'87
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '13
Medicina general - Ponce de León 246 Sant.
Clínica de enfermedades venéreas
- SEIN, JOSE ANTONIO, n'02
Université de Paris Faculté de Médecine '37
Medicina interna - Hospital San José
- SERRA CHAVARRY, JAIME, n'93
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
U. S. Veterans' Bureau
- SIFRE, RAMON J., n'94
Univ. of Pa. Sch. of Med. '17
Ave. de Diego 4 - Medicina interna
- SILVA, EURIPIDES, n'95
Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '19
Medicina general - Concordia 1
(Actualmente en servicio militar)
- SIMONET, JACOBO, n'99
Universidad Central de España Facultad de Medicina '25
Tuberculosis - Centro Antituberculoso
- SLAGLE, T. D., n'05
Cornell Univ. Med. Coll. '32
Cirugía - Director, Hospital Presbiteriano
- SOTO RIVERA, MANUEL, n'91
Wayne Univ. Coll. of Med. '19
Ginecología - Radiología
Edificio Plaza, San Juan
Auxilio Mutuo, Hato Rey
- Springer, Arthur L., n'02
Harvard Medical School '28
Salud Pública
U. S. Quarantine Station
- Stringfellow, Chas. Bayne, n'99
Univ. of Virginia Dept. of Med. '28
Lieut., U. S. N. - Naval Air Station
- SUAREZ, JENARO, n'96
Boston Univ. Sch. of Med. '22
Obstetricia y Ginecología
Ponce de León - Parada 14, Santurce
- SUAREZ, RAMON M., n'95
Medical College of Virginia '17
Medicina interna - Hospital Mimiya
Escuela de Medicina Tropical
Presidente, Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico
- Sullivan, James P., n'07
Georgetown Univ. Sch. of Med. '34
Capt. M. C., U.S.A.
Post of San Juan
- Tamraz, John M., n'89
Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '17

- Cirugía
Lieut. M. C., U.S.A. - Station Hospital
- TIMOTHEE, CARLOS E., n'98
Univ. of Michigan Med. Sch. '21
Medicina general - Luna 37
- TIMOTHEE, RAFAEL, n'01
Howard Univ. Coll. of Med. '25
Salud Pública
Unidad de Salud Pública
- TORO, JORGE del, n'84
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '06
Cirugía - Hospital San José
- TORREGROSA, ARTURO, n'82
Univ. of Michigan Med. Sch. '06
Medicina interna - Ave. Ponce de León 76, Santurce
- Trelles Vázquez, Blanca H., n'08
Woman's Med. Coll. of Pa. '32
Medicina general - Ave. Fernández Juncos - Parada 26, Santurce
Centro médico rural
- VADI COLLAZO, EMILIO, n'98
Wayne Univ. Coll. of Med. '20
Cirugía - Side Park Apts., Santurce
Hospitales de la Capital
- Vega, Luis B. de la, n'88
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '14
Medicina general - Ponce de León - Parada 16, Santurce
(Actualmente en servicio militar)
- VELAZQUEZ, FEDERICO A., n'03
Université de Paris Faculté de Médecine '34
Medicina general
Fondo del Seguro del Estado
- VILA MORALES, JAIME, n'99
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '25
Medicina interna - Ave. Ponce de León, Parada 22, Santurce
- VILLAFANE de MARTINEZ, JOSEFINA, n'89
Woman's Med. Coll. of Pa. '11
Ginecología - Parque 52
Universidad de Puerto Rico
- VILLENEUVE, ANTONIO, n'85
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '07
Obstetricia - Parque 77
Clínica de enfermedades venéreas
- VIVAS, JOSE ROBERTO, n'10
Medical College of Virginia '34
Tuberculosis - Antonsanti 51, Santurce
1st Lieut., M. C. U.S.A.
- VINCENTY, NESTOR I., n'01
Univ. Central de España '35
Medicina general - Ponce de León - Parada 14, Santurce
Universidad de Puerto Rico
- ZARATT, JACINTO, n'74
Univ. of Pa. Sch. of Med. '97
Oftalmología y Otorrinolaringología
Ponce de León 179, Santurce
- Zbranc, L. G., n'03
St. Louis Univ. Sch. of Med. '27
U. S. Quarantine Station
- SAN LORENZO* (Humacao)
- CESTERO, A. R., n'12
Medical College of Virginia '37
Medicina general
- SAN SEBASTIAN* (Aguadilla)
- MUNIZ, ANTONIO, n'98
St. Louis Univ. Sch. of Med. '23
Medicina general
- QUIÑONES CHACON, PASCASIO, n'10
George Washington Univ. Sch. of Medicine '36
Cirugía
- RODRIGUEZ CANCIO, MIGUEL, n'60
Universidad de Santiago Facultad de Med. '86
Medicina general
Sanidad y Beneficencia
- RODRIGUEZ FORTEZA, FELIX A., n'10
Medical College of Virginia '37
Medicina general
Clínica de enfermedades venéreas
- TOA ALTA* (San Juan)
- JANER, FERNANDO H., n'86
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '13
Medicina general
Sanidad y Beneficencia
- TOA BAJA* (San Juan)
- CALDERON RODRIGUEZ, AUREO, n'08
Universidad Nacional Facultad de Medicina México '34
Salud Pública - Medicina general
Rodríguez Ramón Luis, n'87
Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '08
Medicina general

ITTUADO (Arecibo)

CARRASQUILLO, H. F., n'93

Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '16

Oftalmología

Miembro del Tribunal Examinador de Méd.

MARCHANY, ANTONIO, n'06

Syracuse Univ. Coll. of Med. '37

Medicina general

Clínica de enfermedades venéreas

Pelegriña, Miguel J., n'94

Chicago Coll. of Med. and Surg. '17

Medicina general

REILLY, PHILIP M., n'03

Western Reserve Univ. Sch. of Med. '32

Pediatria

Centro médico rural

SULLIVAN, PATRICK J., n'06

Université de Lausanne Faculté de Méd. '36

Medicina general

Unidad de Salud Pública

TEGA ALTA (Arecibo)

ACOSTA VELARDE, JAIME, n'04

Georgetown Univ. Sch. of Med. '29

Medicina general

TEGA BAJA (Arecibo)

ARRILLAGA TORRENS, RAFAEL, n'13

Yale Univ. Sch. of Med. '36

Medicina general

SANCHEZ CASTAÑO, FRUCTUOSO, n'98

Georgetown Univ. Sch. of Med. '23

Cirugía

Clínica de enfermedades venéreas

SANTIAGO, JOSE M., n'80

Univ. of Missouri Sch. of Med. '05

Medicina general

Unidad de Salud Pública

Zavaleta, Miguel A., n'89

Temple Univ. Sch. of Med. '13

Medicina general

VIEQUES (Humacao)

Davis, Leoncio T., n'98

Middlesex Coll. of Med. and Surg. Boston '29

Medicina general

CRESCIONI, DOMINGO A., n'90

Chicago Coll. of Med. and Surg. '14

Medicina general

Unidad de Salud Pública

YABUCOA (Humacao)

BERRIOS, MANUEL B., n'90

Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15

Salud Pública

Unidad de Salud Pública

BERRIOS, VICTOR C., n'92

Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15

Medicina general (Cirugía industrial)

Vélez Mercado, Francisco, n'04

Georgetown Univ. Sch. of Med. '29

Medicina general

VEVE, MIGUEL, n'96

Tufts College Med. Sch. '20

Medicina general

YAUCO (Mayagüez)

ANTONMATTEI, ARMANDO n'08

Temple Univ. Sch. of Med. '32

Cirugía

Clínica de Enfermedades venéreas

MATTEI SEMIDEY, TITO, n'08

Université de Paris Faculté de Médecine '34

Medicina general

RAMIREZ, ARQUELIO, n'88

Baltimore Med. College '12

Cirugía

RIGAU, GABRIEL, n'93

Univ. of Md. Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs. '17

Medicina general

RIVERA PORRATA, PASCUAL A., n'92

Georgetown Univ. Sch. of Med. '12

Salud Pública

Unidad de Salud Pública

ROCA, JULIO C., n'00

Tulane Univ. of Louisiana Sch. of Med. '27

Blasini, Francois J. n'00

St. Louis Univ. Sch. of Med. '25

Medicina general

RELACION DE LOS COLEGIOS DE MEDICINA DE QUE PRO- CEDEN LOS MEDICOS QUE ACTUALMENTE EJERCEN EN PUERTO RICO

Albany Medical College	1	State Univ. of Iowa Coll. of Med.	1
Boston University School of Medicine, Mass.	6	Syracuse Univ. College of Med., N. Y.	14
Columbia Univ. College of Phys. and Surgs., N. Y.	10	Temple Univ. Sch. of Med., Phila.	10
Cornell Univ. Med. College, N. Y.	4	Tufts College Medical School, Boston	6
Chicago College of Medicine, Chicago	22	Tulane University of Louisiana	17
Dalhousie Univ. Fac. of Med., N. S.	3	Universidad Central de España	12
Emory Univ. School of Medicine, At- lanta, Ga.	3	Universidad de Barcelona	8
George Washington Univ. School of Medicine, D. C.	28	Universidad de la Habana	6
Georgetown Univ. Sch. of Medicine, Washington	13	Universidad de Santiago	5
Hahnemann Med. Coll. and Hospital of Philadelphia	3	Universidad Central de Venezuela, Ca- raeas	3
Harvard Medical School, Boston	6	Universidad Nacional Fac. de Medici- na, México	2
Howard Univ. Coll. of Medicine	6	Université de Laussane Fac. de Med.	4
Indiana Univ. Sch. of Med., Bloom- ington	1	Université de Paris Fac. de Med.	23
Jefferson Medical College of Phila.	27	Universidad de Berne, Suiza	2
Long Island College of Medicine, Broo- klyn	4	University of Arkansas Sch. of Med.	1
Louisville Med. School, Kentucky	1	University of Cincinnati Coll. of Med.	4
Loyola Univ. Sch. of Med., Chicago	15	University of Georgia Sch. of Med.	4
McGill Univ. Fac. of Med., Montreal	2	University of Illinois Coll. of Med.	2
Medical Coll. of Virginia, Richmond	25	University of Kansas Sch. of Med.	1
Meharry Medical Coll., Nashville	2	University of Louisville Sch. of Med.	7
New York Medical College, N. Y.	1	University of Maryland Sch. of Med. and Coll. of Phys. and Surgs.	76
New York Univ. Coll. of Med., N. Y.	9	University of Michigan Med. Sch.	11
Northwestern University Medical Sch. of Chicago	2	University of Pa. Sch. of Med.	17
Ohio State Univ. College of Medicine, Columbus	3	University of Oklahoma Sch. of Med.	1
Queen's Univ. Fac. of Med., Kingston	2	University of Tennessee Coll. of Med.	1
Rush Medical College, University of Chicago	6	University of Toronto Fac. of Med.	1
St. Louis Univ. School of Med.	8	University of Virginia Med. Sch.	2
Stanford University Sch. of Med.	2	Western Reserve Univ. Sch. of Med.	2
		Wayne University Coll. of Med.	4
		Woman's Med. Coll. of Pa., Phila.	6
		Vanderbilt Univ. Sch. of Med.	2
		Yale University Sch. of Med.	1
		<i>Otros colegios americanos</i>	17
		<i>Otros colegios extranjeros</i>	11
		Total de médicos	499

DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS DE PUERTO RICO POR POBLACION

Distritos Senatoriales	Población	Número de Médicos en el Distrito	Número de personas por Médico en el Distrito
San Juan	369,837	251	1,473
Ponce	248,469	50	4,469
Mayagüez	228,299	47	4,857
Guayama	263,878	43	6,136
Humacao	248,664	44	5,651
Arecibo	261,121	34	7,680
Aguaadilla	252,214	30	8,416
TOTAL	1,872,482	499	3,752

CLASIFICACION DE LOS MEDICOS
DE PUERTO RICO POR
ESPECIALIDADES

Especialidad	Número de Médicos
Análisis clínico	10
Cirugía	53
Dermatología	2
Ginecología	6
Medicina interna	14
Neurología y Psiquiatría	7
Obstetricia	10
Obstetricia y Ginecología	8
Oftalmología	19
Otorrinolaringología	16
Patología	3
Pediatría	20
Radiología	11
Salud Pública	28
Tuberculosis	25
Urología	18
Total médicos especializados	250
En práctica general	249
TOTAL	499

CLASIFICACION DE LOS MEDICOS
DE PUERTO RICO POR EDAD

Edad	Número de Médicos
23 a 25 años	5
26 a 30 "	47
31 a 35 "	90
36 a 40 "	66
41 a 45 "	85
46 a 50 "	85
51 a 55 "	58
56 a 60 "	31
61 a 65 "	11
66 a 70 "	12
71 a 75 "	5
76 a 80 "	3
82 "	1
TOTAL	499

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juneos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXII DICIEMBRE 1940. Número 12

Editor y Admisistrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. M. Guzmán Rodríguez

Dr. Ramón M. Suárez

Dr. Enrique Koppisch

Dr. L. A. Balasquide

NOTAS NECROLOGICAS

DR. RICARDO RAMIREZ MORALES

El día 13 del mes en curso, y mientras se encontraba reunida nuestra Asociación, se recibió la triste noticia del fallecimiento, en esta capital, del querido amigo Dr. Ricardo Ramírez Morales, del pueblo de Cabo Rojo.

Nació el Dr. Ramírez Morales en el año 1892, y recibió su título de Doctor en Medicina en la Universidad de Maryland en junio del 1916, título que revalidó en el mes de octubre del mismo año en Puerto Rico, y desde cuya época venía ejerciendo, con notables aciertos, su noble apostolado. Habiendo trabajado la mayor parte del tiempo en Cabo Rojo, donde residía en la fecha de su muerte, hízose acreedor al cariño y la estimación de todos los vecinos de dicha población, por la solicitud con que atendía a todos los que a él acudían bien para requerir sus servicios médicos, o ya a solicitar su ayuda económica o sus consejos en asuntos no relacionados con la pro-

fesión; cariño éste que quedó plenamente demostrado en el acto del sepelio, verificado en la tarde del 14 de diciembre en el cementerio de dicho pueblo.

Fué el compañero fenecido un asiduo colaborador de nuestra Asociación, en cuyas filas militaba desde diciembre del 1927.

Al consignar en estas breves líneas la muerte del querido amigo, deseamos testificar nuestra sentida pena a su distinguida esposa y a sus demás familiares.

DR. JOSE REGUERO GONZALEZ

Fresca aún en nuestra imaginación la honda impresión que nos causara la muerte del compañero Ramírez Morales, de Cabo Rojo, nos llega la noticia del fallecimiento de otro apreciado compañero de la ciudad de Caguas, el Dr. José Reguero González, acaecido el día 18 del eursante en una de las instituciones hospitalarias de esta capital.

Fallece el compañero Reguero González a la temprana edad de 52 años. Procedente de una familia de médicos, el compañero fenecido recibió el título de Doctor en Medicina, el 15 de mayo de 1915 del Chicago College of Medicine and Surgery, y el cual revalidara en nuestra isla a principios del 1916.

Ejerció el amigo Reguero González la mayor parte del tiempo en la ciudad de Caguas, dejando, a la hora de su muerte, una pléyade de verdaderos amigos entre sus compañeros de profesión y la población en general de dicha ciudad.

Reciba la viuda del amigo fenecido, sus hijos y demás familiares, la más sentida expresión de nuestra condolencia.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reunión del mes:

La Directiva y el Consejo de la Asociación celebraron su reunión ordinaria mensual en la tarde del sábado 7 de los corrientes, conjuntamente con el Comité Científico, y con la asistencia de los siguientes miembros:

Dr. O. Costa Mandry
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. David E. García
Dr. Miguel F. Godrean
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. C. E. Muñoz MacCormick
Dr. Ricardo F. Fernández

El objeto principal de esta reunión fué ultimar los preparativos para la Asamblea Anual, que tuvo lugar del 12 al 15 del presente mes. En esta reunión se discutió y aprobó el modelo de presupuesto que habría de ser sometido a la Cámara de Delegados en su reunión ordinaria. Igualmente, se discutieron y aprobaron varias de las sugerencias contenidas en el informe del presidente.

Asamblea Anual:

Tal como se había anunciado, durante los días del 12 al 15 del mes en curso llevóse a efecto en esta capital la trigésima séptima asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Como hemos de preparar un suplemento al número de enero del Boletín, en el cual serán incluidos todos los informes rendidos ante la Cámara de Delegados por los funcionarios y comités de la Asociación, dejaremos para dicho número la reseña de la asamblea de este año, que, sin duda algu-

na, ha sido uno de los actos más cordiales e interesantes celebrados por nuestra institución durante los últimos años.

Instituto Inter-Americano de Administradores de Hospitales:

Como es de conocimiento de nuestros lectores, tuvo lugar en esta capital, durante las dos primeras semanas del mes en curso, otro acto de gran trascendencia en el desarrollo científico de nuestra isla; nos referimos al Instituto Inter-Americano para Administradores de Hospitales, al cual asistieron distinguidas personalidades de los Estados Unidos y un nutrido número de representantes de distintos países latino-americanos.

Tanto por el crecido número de personas matriculadas en este Congreso para Administradores de Hospitales, como por la forma en que se llevó a efecto el programa preparado, el Instituto resultó un verdadero triunfo, del cual deben sentirse orgullosas las instituciones puertorriqueñas que cooperaron con el Colegio Americano de Cirujanos y la Asociación Americana de Administradores de Hospitales para la celebración del mismo.

Al felicitar a todos los que cooperaron en su organización, deseamos expresar nuestra esperanza de que se logren los altos fines para los cuales fué celebrado el mismo, esto es, contribuir al mejoramiento de los servicios hospitalarios en nuestra isla y en los países latino-americanos, mediante la divulgación de los conocimientos y experiencias de verdaderas autoridades en materia de hospitales entre las personas conectadas con dicho servicio.

Dr. Fructuoso Sánchez Castaño:

Durante los primeros días del mes en curso estuvo recluso en el Hospital San José, de esta capital, nuestro querido amigo y compañero, Dr. Fructuoso Sánchez Castaño, quien, con motivo de una infección, vióse obligado a sufrir la amputación de un dedo de la mano derecha.

Sinceramente lamentamos lo ocurrido al buen amigo, pero nos alegra saber que en el momento en que redactamos estas líneas se encuentra completamente restablecido.

Dr. Miguel Rodríguez Cancio:

El día 18 del mes en curso falleció en el pueblo de San Sebastián, la querida esposa del amigo y compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

Sea esta nota portadora de nuestra sentida condolencia para el estimado colega,

así como para los demás familiares de la distinguida dama fenecida.

Nuevos socios:

El registro de miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico ha aumentado recientemente, con el ingreso de los siguientes compañeros:

Dr. Alfredo Augusto Perea, de Mayagüez

Dr. Luis M. Graulau, de Camuy

Dr. Pedro Orpi, Jr., de Santurce

Dr. Rafael E. Ferrer Santana, de Cataño

Dra. Catalina Scarano, de Ponce

Dr. Carlos Rovira Palés, de Fajardo

Dr. Luis A. Vallecillo, de Lares

Dr. Rurico S. Díaz, de San Juan

Para todos nuestra más cordial bienvenida al seno de la Asociación.

I N D I C E

1 9 4 0

Año 32

:-

Nos. 1-12

	No.	Pág.		No.	Pág.
Abstracts of Papers on Tuberculosis	7	266	Asencio, Fernando,		
" " "	8	310	Parathyroid Dystrophy Juvenilis or		
" " "	9	346	Celiac Disease of the Bone	4	134
" " "	10	386	Asociación Médica como auxiliar en la		
Aclarando hechos (Notas Editoriales)	6	215	lucha contra las enfermedades socia-		
Acute Appendicitis in the Aged, J.			les, La, O. Costa Mandry	2	53
Noya Benítez	6	202	Atelectasia pulmonar, Luis A. Passa-		
Acute Mesenteric Lymphadenitis, J.			laqua	4	139
Noya Benítez	1	8	Bacterias en la corriente circulatoria		
Acute Nutritional Disturbances of In-			después de la extracción de dientes,		
fants, The Severe, Antonio Ortíz	3	75	Diseminación de las, Rafael Deshon	3	92
Acute Perforated Peptic Ulcers with			Balasquide, L. A.,		
Report of a Case Complicated by Co-			Algunas consideraciones sobre las he-		
existing Acute Appendicitis, Amé-			merorragias tardías del puerperio	3	86
rico Serra	10	357	Un aspecto de la dieta de las emba-		
Address Delivered by the Governor of			razadas en relación con el parto-		
Puerto Rico, Hon. William D. Leahy,			Informe preliminar	10	353
at the Annual Meeting of the Puerto			Balasquide, L. A. y Gelpí, William R.,		
Rico Medical Association	1	1	Inversión del útero post-partum	1	3
Adenoma of Kidney with Report of a			Biological Laboratories of the Depart-		
Case, Pablo G. Curbelo	9	313	ment of Health of Puerto Rico, An-		
Afecciones oculares de origen dental,			nual Report (Fiscal Year 1939-40) of		
Ricardo F. Fernández	2	47	the, O. Costa Mandry	11	391
Algunas consideraciones sobre las he-			Brill's Disease in Puerto Rico, Is there,		
morragias tardías del puerperio, L.			Juan A. Pons	6	196
A. Balasquide	3	86	Brucella Infection in Puerto Rico, P.		
Algunos datos interesantes sobre tuber-			Morales Otero	2	35
culosis, Abel de Juan	1	12	Brucellosis, Recent Advances in the		
Anemia Meniscocítica (Sickle-Cell Ane-			Study of, P. Morales Otero	4	113
mia) - Presentación de casos, Anto-			Campaña de Sellos de Navidad (Notas		
nio Ortíz	8	273	Editoriales)	11	427
Annual Report (Fiscal Year 1939-40)			Cáncer del Utero, Cómo evitar el, Je-		
of the Biological Laboratories of the			narro Suárez	5	166
Department of Health of Puerto Ri-			Cáncer, La razón biológica del, Ramón		
co, O. Costa Mandry	11	391	T. Colón	9	334
Anophthalmus, Congenital Bilateral -			Cánceres del cuello de la matriz, Re-		
Report of a Case, César Domínguez	6	212	quisitos técnicos indispensables para		
Appendicitis in the Aged, Acute, J.			el éxito en la radioterapia de los, I.		
Noya Benítez	6	202	González Martínez	2	40
Asamblea Anual (Notas Editoriales)	8	304	Carta del Dr. M. Quevedo Báez, fun-		
Asamblea Anual (Notas Editoriales)	11	425	dador y primer presidente de nues-		
Asamblea de la Asociación Médica			tra Asociación, al Dr. Costa Man-		
Americana, La, (Notas Editoriales)	7	257	dry	1	26
Asamblea de la Asociación Nacional de			Celiac Disease of the Bone, Parathyroid		
Tuberculosis, (Notas Editoriales)	7	257	Dystrophy Juvenilis or, Fernando		

	No.	Pág.		No.	Pág.
Asencio	4	134	in Infants and Young Children	8	293
Circular de interés general (Notas editoriales)	10	382	Dieta de las embarazadas en relación con el parto, Un aspecto de la - Informe preliminar, L. A. Balasquide	10	353
Colegiación de la clase médica de Puerto Rico, Proyecto de	2	61	Dificultades que debe sortear el Trabajador Social en Puerto Rico, O. Costa Mandry	5	161
Colón, Ramón T.,			Directorio Médico de Puerto Rico	12	461
La razón biológica del cáncer	9	334	Diseminación de las bacterias en la corriente circulatoria después de la extracción de los dientes, Rafael Deshon	3	92
Valor pronóstico de la conversión del esputo	7	240	Doan, H. W.,		
Commissioner of Health of Puerto Rico for the Fiscal Year ending June 30, 1939, Report of the	5	169	Military Medicine	10	361
Congenital Bilateral Anophthalmus - Report of a Case, César Domínguez	6	212	Dodge, Eva,		
Conversión del esputo, Valor pronóstico de la, Ramón T. Colón	7	240	Newer Aspects in Nutrition during Pregnancy	6	206
Constitución y Reglamento de la Asociación Médica de Puerto Rico	10	364	Domínguez (César,		
Control de la Tuberculosis y el médico de práctica generalizada, El, Kendall Emerson	4	127	Congenital Bilateral Anophthalmus - Report of a Case	6	212
Costa Mandry, O.,			Doctor Arthur C. Morgan (Notas Editoriales)	10	380
Annual Report (Fiscal Year 1939-40) of the Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico	11	391	Doctor Francisco J. Hernández (Notas Editoriales)	10	377
Dificultades que debe sortear el Trabajador Social en Puerto Rico	5	161	Doctor Jesús María Arnaiz (Notas Editoriales)	1	29
La Asociación Médica como auxiliar en la lucha contra las enfermedades sociales,	2	53	Doctor José S. Arrache (Notas Editoriales)	3	104
La preparación académica como base del éxito profesional	3	101	Doctor Manuel Díaz García (Notas Editoriales)	2	65
Cuadro clínico de las infecciones de origen, ótico obscurecido por la sulfanilamida, M. A. Mariani	1	15	Doctor Oscar Costa Mandry (Notas Editoriales)	1	24
Curbelo, Pablo G.,			Drogas Peligrosas (Notas Editoriales)	6	218
Adenoma of Kidney with Report of a Case	9	313	Edema Nutricional, Antonio Ortiz	9	319
Defensa Nacional (Notas editoriales)	8	304	Editor, Extracto del Informe del	1	22
Deshon, Rafael,			Ejercicio Ilegal de la Medicina (Notas Editoriales)	8	303
Diseminación de las bacterias en la corriente circulatoria después de la extracción de los dientes	3	92	El premio Ashford en Medicina Tropical (Notas Editoriales)	7	258
Diagnóstico de la tuberculosis de tipo infantil, La sombra hiliar, M. Guzmán Rodríguez	8	281	El servicio militar obligatorio y nuestro Delegado a la Asociación Médica Americana (Notas Editoriales)	6	214
Diagnóstico temprano en la tuberculosis pulmonar, La importancia del, Miguel F. Godreau	3	96	Embarazadas en relación con el parto, Un aspecto de la dieta de las, - Informe preliminar, L. A. Balasquide	10	353
Díaz Atilas, Alberto,			Emerson, Kendall,		
Sudoku: Its present status - Report of a Case; Suggested oral treatment			El control de la tuberculosis y el médico de práctica generalizada	4	127
			Encefalitis, El problema de las, Luis M. Morales	7	227
			Enfermedades sociales, la Asociación Médica como auxiliar en la lucha con-		

	No.	Pág.		No.	Pág.
tra las, O. Costa Mandry	2	53	Infecciones de origen ótico obscurecido por la sulfanilamida, Cuadro clínico de las, M. A. Mariani	1	15
Espuito, Valor pronóstico de la conversión del, Ramón T. Colón	7	240	Informe del Editor, Extracto del	1	22
Extracción de dientes, Diseminación de las bacterias en la corriente circulatoria después de la, Rafael Deshon Fernández, Luis J.,	3	92	Informe del Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Año 1939	1	16
Tratamiento quirúrgico del glaucoma	5	154	Informe del Secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico, Año 1939	2	55
Fernández, Ricardo F.,			Informe del Tesorero de la Asociación Médica de Puerto Rico, Año 1939	2	58
Afecciones oculares de origen dental	2	47	Inter-American Institute for Hospital Administrators (Notas Editoriales)	11	426
Etiología, diagnóstico y tratamiento del glaucoma	5	149	Inversión del útero post-partum, L. A. Balasquide y W. R. Gelpí	1	3
Relación del proceso visual con la lectura reumática: Mi experiencia sobre su incidencia, manifestaciones y tratamiento, M. Pujadas Díaz	9	329	Juan, Abel de,		
Gelpí, William R., y Balasquide, L. A.			Algunos datos interesantes sobre tuberculosis	1	12
Inversión del útero post-partum	1	3	Kidney, Adenoma of - Report of a Case, Pablo G. Curbelo	9	313
Glaucoma, etiología, diagnóstico y tratamiento del, Ricardo F. Fernández	5	149	Leahy, William D.,		
Glaucoma, tratamiento quirúrgico del, Luis J. Fernández	5	154	Address delivered by the Governor of Puerto Rico, Hon. William D. Leahy, at the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association - 1939	1	1
Godreau, Miguel F.,			Lesión primaria de la tuberculosis, sobre la, Félix M. Reyes	2	50
La importancia del diagnóstico temprano en la tuberculosis pulmonar	3	96	Literatura Médica, La	9	337
Vital Capacity Studies in Puerto Rico	8	287	Lymphadenitis, Acute Mesenteric, J. Noya Benítez	1	8
Gonorrrea desde el punto de vista de salud pública, La, Ernesto Quintero	3	98	Mariani, Miguel A.		
González Martínez, L.,			Cuadro clínico de las infecciones de origen ótico obscurecido por la sulfanilamida	1	15
La radioterapia anti-inflamatoria y anti-infecciosa. Sus indicaciones y técnica apropiada	4	122	Mayoral, Antonio,		
Requisitos técnicos indispensables para el éxito en la radioterapia de los cánceres del cuello de la matriz	2	40	The Os-Acrómiale - Its importance to the Roentgenologist and Industrial Surgeon	5	158
Guzmán Rodríguez, M.,			Medico-Social Aspects of the Venereal Diseases Work in the Health Department, Ernesto Quintero	9	324
Doctor José S. Arrache (Notas Editoriales)	3	104	Mesenteric Lymphadenitis, Acute, J. Noya Benítez	1	8
La sombra hiliar en el diagnóstico de la tuberculosis de tipo infantil	8	281	Military Medicine, H. W. Doan	10	361
Hemorragias tardías del puerperio, Algunas consideraciones sobre las, L. A. Balasquide	3	86	Morales Otero, P.,		
Honor extendido a nuestro presidente	6	217	Brucella Infection in Puerto Rico	2	35
Hospitales, Principios de Administración comercial en su aplicación al manejo de, Julio B. Ortíz	12	443	Recent Advances in the Study of Brucellosis	4	113
Importancia del diagnóstico temprano en la tuberculosis pulmonar, La, Miguel F. Godreau	3	96	Morales, Luis M.		
			El problema de las encefalitis	7	227
			La literatura médica (traducción)	9	337
			Muñoz MacCormick, C. E.		
			La odontología en la medicina mo-		

	No.	Pág.		No.	Pág.
derma	12	437	the Roentgenologist and Industrial		
Newer Aspects in Nutrition during			Surgeon, Antonio Mayoral	5	158
Pregnancy, Eva Dodge	6	206	Parathyroid Dystrophy Juvenilis or Ce-		
Notas Editoriales	1	24	liae Disease of the Bone, Fernando		
" "	2	65	Asencio	4	134
" "	3	104	Passalacqua, Luis A.,		
" "	6	214	Atelectasia Pulmonar	4	139
" "	7	257	Peptic Ulcers with Report of a Case		
" "	8	303	complicated by Coexisting Acute Ap-		
" "	10	377	pendicitis, Acute Perforated, Amé-		
" "	11	425	rico Serra	10	357
Notas Necrológicas	12	483	Pons, Juan A.,		
Noticias Médico-Sociales	1	31	Is there Brill's Disease in Puerto		
" " "	2	69	Rico?	6	196
" " "	3	108	Piotórax tuberculoso, El, Guillermo		
" " "	4	146	Salazar	7	244
" " "	5	181	Plataforma de la Asociación Médica		
" " "	6	220	Americana	10	383
" " "	7	260	Pregnancy, Newer aspects in Nutrition		
" " "	8	307	during, Eva Dodge	6	206
" " "	9	340	Preparación académica como base del		
" " "	10	383	éxito profesional, La, O. Costa Mau-		
" " "	11	428	dry	3	101
" " "	12	484	Presidente de la Asociación Médica de		
Noya Benítez, J.,			Puerto Rico, Informe del - Año 1939	1	16
Acute Appendicitis in the Aged	6	202	Principios de Administración comercial		
Acute Mesenteric Lymphadenitis	1	8	en su aplicación al manejo de hospi-		
Nuestra representación médica en la			tales, Julio B. Ortíz	12	443
próxima Asamblea Legislativa (No-			Problema de las encefalitis, El, Luis		
tas Editoriales)	11	426	M. Morales	7	227
Nuestro homenaje al Dr. Francisco J.			Programa Científico de la Asamblea		
Hernández, Dr. M. Quevedo Báez			Annual	11	432
(Notas Editoriales)	10	377	Programa parcial del Instituto inter-		
Nutrition during Pregnancy, Newer			americano de Administradores de		
Aspects in, Eva Dodge	6	206	Hospitales	11	434
Nutritional disturbances of Infants,			Programme of Lectures, Clinics and		
The Severe Acute, Antonio Ortíz	3	75	Clinico-Pathological Conferences to		
Oculares de origen dental, Afecciones,			be held at the School of Tropical		
Ricardo F. Fernández	2	47	Medicine	11	435
Odontología en la Medicina Coderna,			Proyecto de Colegiación de la clase		
La, C. E. Muñoz MacCormick	12	437	médica de Puerto Rico	2	61
Ortíz, Antonio,			Publicaciones recibidas	6	223
Anemia Meniscoeítica (Sickle-Cell			Puerperio, Algunas consideraciones so-		
Anemia) - Presentación de casos	8	273	bre las hemorragias tardías del, L.		
Edema Nutricional	9	319	A. Balasquide	3	86
The Severe Acute Nutritional Dis-			Pujadas Díaz, M.,		
turbances of Infants	3	75	Fiebre reumática: Mi experiencia so-		
Ortíz, Julio B.,			bre su incidencia, manifestaciones		
Principios de administración comer-			importantes y tratamiento	9	329
cial en su aplicación al manejo de			Quintero, Ernesto		
hospitales	12	443	La gonorrea desde el punto de vista		
Os-Acrorniale, The - Its importance to			de salud pública	3	98

	No.	Pág.		No.	Pág.
Medico-Social Aspects of the Venereal Diseases Work in the Health Department	9	324	Infants and Young Children, A. Díaz Atilas	8	293
Radioterapia anti-inflamatoria y anti-infecciosa, La, Sus indicaciones y técnica apropiada, I. González Martínez	4	122	Sombra hiliar en el diagnóstico de la tuberculosis de tipo infantil, La, M. Guzmán Rodríguez	8	281
Radioterapia de los cánceres del cuello de la matriz, Requisitos técnicos indispensables para el éxito en la, I. González Martínez	2	40	Sprue in the Puerto Rican Indigent, R. Rodríguez Molina	6	187
Razón biológica del Cáncer, La, Ramón T. Colón	9	334	Suárez, Jenaro		
Reglamento, Constitución y	10	364	Cómo evitar el cáncer del útero	5	166
Recent Advances in the Study of Brucellosis, P. Morales Otero	4	113	Sulfanilamida, Cuadro clínico de las infecciones de origen ótico obscurecido por la, M. A. Mariani	1	15
Relación del proceso visual con la lectura, Ricardo F. Fernández	4	142	Tesorero de la Asociación Médica de Puerto Rico, Informe del - Año 1939	2	58
Report of the Commissioner of Health of Puerto Rico for the Fiscal Year ending June 30, 1939	5	169	Trabajador Social en Puerto Rico, Dificultades que debe sortear el, O. Costa Mandry	5	161
Requisitos técnicos indispensables para el éxito en la radioterapia de los cánceres del cuello de la matriz, I. González Martínez	2	40	Tuberculosis, Abstracts of papers on	7	266
Resoluciones adoptadas por el Comité de Preparación Médica para la Defensa Nacional	8	306	" " "	8	310
Reyes, Félix M.,			" " "	9	346
Sobre la lesión primaria de la tuberculosis	2	50	" " "	10	386
Rodríguez Molina, R.,			Tuberculosis, Algunos datos interesantes sobre, Abel de Juan	1	12
Sprue in the Puerto Rican indigent	6	187	Tuberculosis de tipo infantil, La sombra hiliar en el diagnóstico de la, M. Guzmán Rodríguez	8	281
Salazar, Guillermo	7	244	Tuberculosis y el médico de práctica generalizada, El control de la, Kendall Emerson	4	127
Salud Pública, La gonorrea desde el punto de vista de, Ernesto Quintero	3	98	Tuberculosis Pulmonar, La importancia del diagnóstico temprano en la, Miguel F. Godreau	3	96
Secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico, Informe del - Año 1939	2	55	Tuberculosis, Sobre la lesión primaria de la, Félix M. Reyes	2	50
Serra, Américo			Tuberculoso, El piotórax, Guillermo Salazar	7	244
Acute perforated Peptic Ulcers with Report of a Case complicated by co-existing Acute Appendicitis	10	357	Utero post-partum, Inversión del, L. A. Balasquide y W. R. Gelpí	1	3
Sodokin: Its present status - Report of a case; Suggested Oral treatment in			Valor pronóstico de la conversión del esputo, Ramón T. Colón	7	240
			Venereal Diseases Work in the Health Department, Medico-Social Aspects of the, E. Quintero	9	324
			Vital Capacity Studies in Puerto Rico, M. F. Godreau	8	287

TIN - T A B S (C O L E)

En el tratamiento de las LESIONES ESTAFILOCOCCICAS DE LA PIEL

Tin Tabs (óxido de zinc, 1/3 gr.; zinc metálico, 1 4/5 gr.; amilum, 1gr.; sucosa, 1 gr.) ha sido empleado con éxito en el tratamiento no-quirúrgico de las lesiones estafilocócicas de la piel. Su administración tiende a aumentar la resistencia hacia los Estafilococos, produciendo así la rápida desaparición de las manifestaciones de la infección. Por lo regular las lesiones disminuyen en tamaño, desaparece el dolor y la reabsorción se produce prontamente. Frecuentemente se evita la supuración con el uso temprano de Tin-Tabs (Cole), y por lo general no es necesario recurrir a la incisión. Los Tin Tabs (Cole) son usados en el tratamiento de furúnculos, carbunclos y orzuelos. Cuando el caso lo indique, conjuntamente con Tin Tabs podrán usarse compresas calientes.

Gustosamente enviaremos literatura descriptiva a solicitud.

COLE CHEMICAL CO.

ST. LOUIS, MO.

Distribuidor:

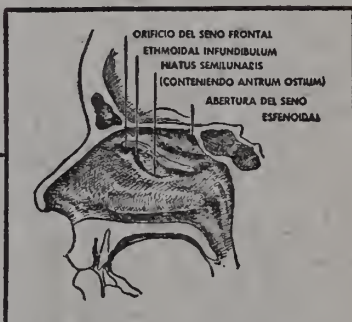
Enrique Vélez Posada

Calle O'Donnell No. 12, Box 1088 - San Juan, P. R.



EN CORIZA...

TAPONES DE ARGYROL



El tapón se coloca bien dentro de la bóveda nasal, haciéndose un esfuerzo especial por cubrir el área infundibular en la porción superior delantera de la cavidad.*

LOS médicos en todo el mundo han comprobado que la aplicación de tapones empapados de ARGYROL constituye el método más eficaz para aliviar el malestar ocasionado por la coriza y acelerar la curación. Además, muchos hombres prefieren instilar una gota de ARGYROL en cada saco conjuntival, y a la vez untar la garganta perfectamente con solución de ARGYROL — completando así un ataque "triple" sobre los organismos invasores. Pero debe tenerse presente la importancia de emplear en todos estos procedimientos sólo el ARGY-

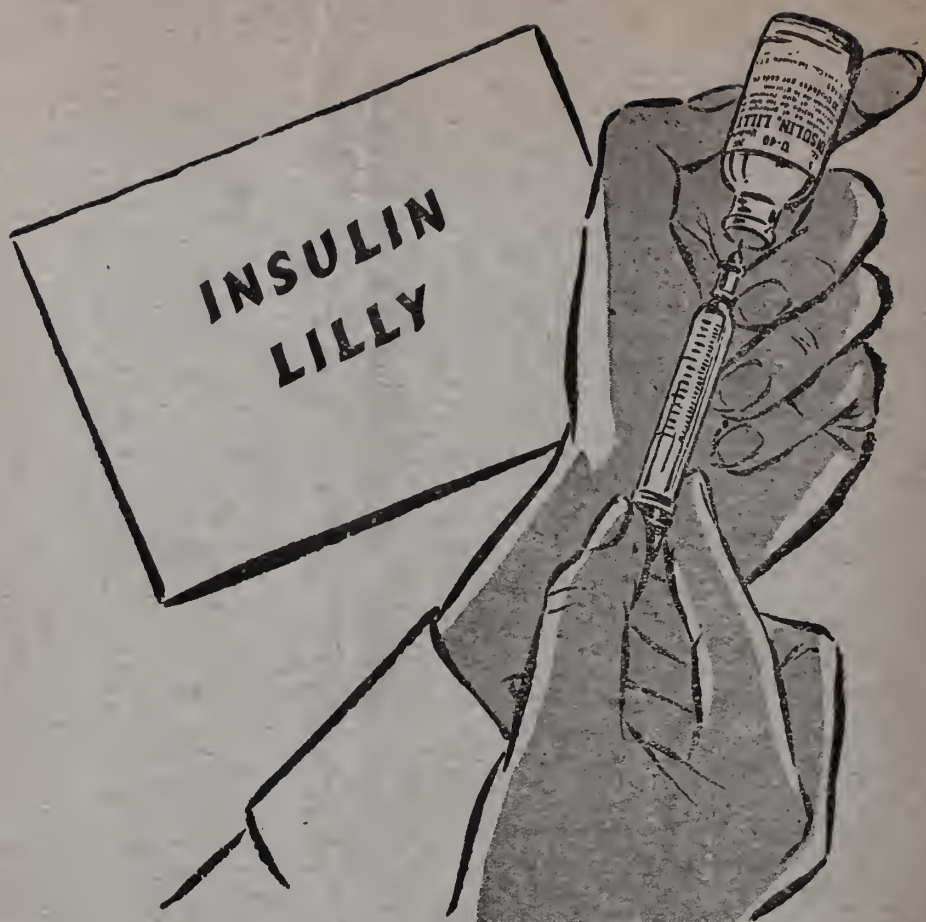
ROL legítimo. Pues la combinación única de propiedades químicas, físicas, bacteriostáticas, detergentes y desinflamantes incorporadas en el ARGYROL, jamás ha podido duplicarse. Ninguna otra proteína de plata tiene una dispersión coloidal tan fina, ni un movimiento browniano tan activo. Ahora el nuevo envase de ARGYROL asegura frescura, exactitud y pureza en cada solución.

** A solicitud enviaremos una reimpresión ilustrada, describiendo detalladamente este procedimiento.*

Para asegurar los resultados superiores que pueden esperarse solamente del genuino ARGYROL, especifique siempre ARGYROL de Barnes.

Argyrol fabricado solamente por A.C.Barnes Co.

A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.
Desde hace 39 años fabricantes exclusivos de ARGYROL y OVOFERRIN
ARGYROL es una marca de fábrica registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.



ESTE producto es altamente purificado y refinado y está desprovisto especialmente de proteínas reaccionarias. Insulin Lilly se ensaya con toda exactitud y su acción es uniforme.

Ha sido la política Lilly compartir con sus clientes el beneficio

de las economías derivadas de una producción en grande escala y, como resultado de ello, el Insulin Lilly puede hoy día comprarse a precios que representan sólo una pequeña fracción de su costo cuando se introdujo por primera vez a la profesión médica.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.



